

Comparing Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in the Improvement of Clinical Indicators of Patients with Bipolar I

Rasooli M¹, *Khajevand A², Asadi J²

Author Address

1. PhD Student in Psychology, Islamic Azad University of Gorgan, Gorgan, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Gorgan, Gorgan, Iran.

*Corresponding Author Email: khajevand_a@yahoo.com

Received: 2019 September 1; Accepted: 2019 December 3

Abstract

Background & Objectives: Bipolar disorder refers to severe mood swings over weeks and months, ranging from high-intensity shingles or irritability to depression. Cognitive behavioral therapy can improve the clinical features of bipolar I patients. Besides testing the validity of dysfunctional beliefs and improving problem-solving and communication skills, behavioral-cognitive treatment in patients with bipolar disorder emphasizes teaching methods for identifying early signs and initiating disease episodes. Another relatively new psychological treatment in the treatment of bipolar disorder is schema therapy, which besides insight, emphasizes cognitive, emotional, interpersonal, and behavioral changes. Due to the severity of the disease, the interventions that target the entire patient's body are likely to succeed. This study aimed to compare schema therapy and cognitive behavioral therapy in patients with bipolar I disorder.

Methods: The method of this study was a quasi-experiment with a pretest-posttest design with a control group and a three-month follow-up period. The study's statistical population comprised all patients with bipolar disorder type 1 Living in Gorgan City, Iran, in 2018 who had medical records in health centers. A total of 24 participants, 19 men and 5 women, were selected by purposive non-random sampling method. Then the sample group members were randomly divided into two experimental and one control group (each group 8 persons). The inclusion criteria were as follows: psychiatric diagnosis of bipolar I disorder, a history of bipolar disorder based on medical records and history of hospitalization, absence of acute disorder during the intervention, patient's symptoms stability over the past three months, appropriate adherence to treatment and medication use during the intervention and before, aged 25 to 55 years, no other acute or chronic physical, psychological, drug or drug abuse, consent from participating in the project, and no psychological intervention during the project. In the absence of any of these conditions, participants were excluded. The data collection tool was the Bipolar Depression Rating Scale (BDRS) (Berk et al., 2007). One of the experimental groups underwent ten 70-minute sessions of schema therapy, and the other experimental group under ten 70-minute sessions of cognitive-behavioral therapy. The duration of the sessions was selected based on studies of therapeutic protocols. The control group received only drug treatment and no psychological treatment during the study. Experimental groups received psychological interventions and continued drug therapy. The pretest was administered to all three groups before the intervention, and the posttest was administered one week after the end of the sessions. Finally, after a 3-month follow-up period, the tests were again administered to all three groups. Average and standard deviation indices were used to analyze the data at the descriptive statistics level. At the inferential statistics level, variance analysis with repeated measures was used at a significance level of 0.05. All analyses were done using SPSS version 23 software.

Results: The results showed no significant differences in the improvement of physical symptoms ($p=0.316$) and psychological symptoms ($p=0.289$) between experimental groups of schema therapy and cognitive behavioral therapy and the control group during the pretest, posttest, and follow-up stages. The mixed symptoms analysis showed a significant difference in improving these symptoms in all three stages of pretest, posttest, and follow-up between groups ($p=0.038$).

Conclusion: Based on the findings of this study, the emphasis of schema therapy on emotions and the therapist-patient relationship, using healthy mindfulness exercises and efficient alternative schemas, and indirectly addressing negative thoughts and feelings from the outset have made this treatment more acceptable to the patients.

Keywords: Bipolar type I, Cognitive-Behavioral therapy, Schema therapy.

مقایسه طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی در بهبود شاخص‌های بالینی بیماران دوقطبی نوع یک

مهرداد رسولی^۱، *افسانه خواجه‌وند^۲، جوانشیر اسدی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

*رابانامه نویسنده مسئول: khaejvand_a@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۰ شهریور ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ آذر ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: اختلال دوقطبی پنجمین عامل ازکارافتادگی افراد در سطح جهان است. تصور بر این است که اختلال دوقطبی نوع یک، یک درصد از جمعیت را در بر می‌گیرد. هدف این پژوهش مقایسه طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی در بهبود شاخص‌های بالینی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک بود.

روش بررسی: روش این پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش بیمارانی بودند که در سال ۱۳۹۷ به مرکز توان‌بخشی بیماران مزمن روانی دلارام گرگان مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها تعداد ۲۴ نفر، به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدف‌مند انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جای داده شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی (برک و همکاران، ۲۰۰۷) بود. هریک از گروه‌های آزمایش در طی ده جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۷۰ دقیقه‌ای، به صورت گروهی تحت درمان قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سطح معناداری ۰/۰۵ به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، در بررسی علائم روان‌شناختی ($p=۰/۲۸۹$) و علائم جسمانی ($p=۰/۳۱۶$) میان گروه‌های آزمایشی طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی و گروه گواه، در بهبود علائم جسمانی و علائم روان‌شناختی طی سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ اما در بررسی علائم آمیخته مشخص شد، تفاوت معناداری در بهبود این علائم در هر سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری میان گروه‌های مذکور وجود داشت ($p=۰/۰۳۸$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که تمرکز بیشتر طرح‌واره‌درمانی به مقوله هیجان‌ها و ارتباط میان درمانگر و درمان‌جو، تمرین‌های مرتبط با ذهنیت سالم و طرح‌واره‌های کارآمد جایگزین و نپرداختن مستقیم به افکار و احساسات منفی در ابتدای امر، امکان پذیرش این درمان را از سوی بیماران، بیشتر می‌کند.

کلیدواژه‌ها: دوقطبی نوع یک، رفتاردرمانی شناختی، طرح‌واره‌درمانی.

هیجانی، بین فردی و رفتاری اهمیت می‌دهد. یانگ و همکاران معتقد هستند که طرح‌واره‌های حاصل از تجارب ناگوار دوران کودکی می‌توانند هسته اصلی اختلالات شخصیت و بسیاری از اختلالات روان‌شناختی قرار بگیرند (۷). طرح‌واره‌ها الگوهای شناختی و هیجانی خودویرانگری هستند که شکل‌گیری آن‌ها از اوایل دوره رشد و تحول فرد آغاز می‌شود و در طول زندگی شخص تکرار می‌شود. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه الگویی گسترده و نافذ هستند و شامل خاطره‌ها، هیجان‌ها، شناخت‌ها و حس‌های بدنی می‌شوند که در ارتباط با فرد و روابط بین فردی او با دیگران اند؛ همچنین در طول سال‌های کودکی یا نوجوانی شکل می‌گیرند و در طول زندگی فرد گسترش می‌یابند و به‌طور چشمگیری مختل و ناکارآمدند (۸). براساس توصیف اولیه بک^۱ از آسیب‌شناسی روانی، هریک از اختلالات روانی با طرح‌واره‌ها و الگوهای تفکر عادت‌ی بسیار عمومی و فراگیر همراه است که نوع آسیب‌پذیری مربوط به آن اختلال را مشخص می‌کند (به‌نقل از ۹). ساختارهای ژرف‌تر شناختی هر فرد طرح‌واره‌ها هستند که قوانین خاصی را برای پردازش اطلاعات و رفتار ایجاد می‌کنند. از آنجاکه طرح‌واره‌ها، هسته خودپنداره افراد را تشکیل می‌دهند، اگر دارای محتوای ناسازگار باشند، افراد را در برابر گستره‌ای از کاستی‌ها و مشکلات آسیب‌پذیر می‌کنند (۱۰). برخی مطالعات نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و برخی رگه‌های شخصیتی حاصل از آن‌ها می‌توانند نقش مهمی در ایجاد یا تداوم اختلال دوقطبی داشته باشند (۷). درمان طرح‌واره‌ها، علاوه بر سودمندی در کاهش علائم و جلوگیری از عود مشکل، می‌تواند رفتاردرمانی شناختی معمول را به‌سوی درمانی رشد‌محور سوق دهد که در طی آن بیمار علاوه بر کاهش علائم اختلال، به رشد و معنای شخصی دست می‌یابد (۱۱). مالوجیانیس و همکاران در پژوهشی نشان دادند که طرح‌واره‌درمانی می‌تواند در بهبود علائم شناختی بیماران دارای افسردگی مزمن مؤثر واقع شود (۱۲). در پژوهشی با هدف مقایسه طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی، کارتر و همکاران دریافته‌اند که میان این دو رویکرد درمانی در بهبود بیماران افسرده تمایز چندانی وجود ندارد (۱۳). برخی از پژوهشگران استناد می‌کنند که باتوجه به تأثیرات محیط اولیه در شکل‌گیری اختلال دوقطبی، رویدادهای زندگی و ارزیابی‌های شناختی مرتبط با آن در این افراد و نیز شباهت‌های موجود میان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال دوقطبی، طرح‌واره‌درمانی، درمانی مناسب برای این اختلال است. این اختلال با کیفیت زندگی ضعیف همراه است که می‌تواند با خلق‌وخوی سرشتی مبتلایان مرتبط باشد (۱۴). همچنین کیفیت ضعیف روابط عاطفی و مراقبت بد والدین در دوران کودکی، با پیامدهای نامطلوب و پرخطر در اختلال دوقطبی مرتبط است (۱۵). طرح‌واره‌های ناکارآمد ریشه در وراثت و نیز نیازهای ناکام‌شده محیط اولیه دارد؛ از این‌رو در این پژوهش سعی شد با تمرکز بر نیازهای بنیادین اولیه که به‌نظر رسید در بروز احتمالی اختلال نقش داشته باشند، درمقایسه با رویکردهای جاری رفتاردرمانی شناختی که عمدتاً متمرکز بر مشکلات فعلی بیماران و حل آن‌ها است، بتوان رویکرد درمانی پایدارتری را درباره عود علائم اختلال دوقطبی

اختلالات طیف دوقطبی اختلالات عصبی و روانی پیچیده‌ای هستند که بین اختلالات افسردگی و اختلالات روان‌پریشی دیگر قرار داده شده‌اند و در همه موارد نوسان بین شدیدی یا افسردگی یا دوره شیدایی به‌تنهایی وجود دارد. این اختلال دو طبقه عمده دوقطبی نوع یک و دوقطبی نوع دو را شامل می‌شود. برای تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک لازم است ملاک‌های زیر برای دوره شیدایی (مانیک) برآورده شود؛ دوره شیدایی می‌تواند قبل یا بعد از دوره‌های هیپومانی یا افسردگی اساسی واقع شود (۱)؛ درمقابل، تشخیص اختلال دوقطبی نوع دو به معنای آن است که فرد یک یا تعداد بیشتری دوره افسردگی و حداقل یک دوره هیپومانیک طی کرده باشد (۲). اختلال دوقطبی پنجمین عامل ازکارافتادگی افراد در سطح جهان است. تصور بر این است که اختلال دوقطبی نوع یک، یک درصد از جمعیت را در بر می‌گیرد. مفهوم قطبیت به نوسانات شدید خلقی در طول هفته‌ها و ماه‌ها اشاره دارد که از شدت زیاد شنگول‌بودن یا تحریک‌پذیری تا افسردگی را در بر می‌گیرد. اختلال دوقطبی می‌تواند دشواری‌هایی برای اعضای خانواده و دیگر نزدیکان فرد مبتلا فراهم آورد. شیوع هم‌زمان دیگر اختلالات روانی همراه با اختلال دوقطبی و نرخ عود اختلال پس از درمان اولیه از دیگر موضوعات چالش‌انگیز است (۳). رفتاردرمانی شناختی یکی از درمان‌هایی است که می‌تواند بر بهبود شاخص‌های بالینی بیماران دوقطبی نوع یک مؤثر باشد. رفتاردرمانی شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی علاوه بر آموختن مهارت‌های ناکارآمد و بهبود مهارت‌های حل مسئله و ارتباطی، بر آموزش روش‌های شناسایی علائم اولیه و راه‌انداز دوره‌های بیماری و بهبود مشکلات روزانه بیماران تأکید دارد. پژوهش‌های قادری و همکاران (۴)، گونزالس‌ایسائی و همکاران (۵) و یو و همکاران (۶) بیانگر اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در بهبود بیماران مذکور است. درمان شناختی رفتاری به چند دلیل در درمان اختلال دوقطبی مدنظر است: اول ماهیت آموزش روانی آن است که از طریق ارتقای خودشناسی و بازنگری و خودتنظیمی، برای درمان این اختلال مزمن و عودکننده مناسب است؛ دوم، کارایی اثبات‌شده آن در افزایش پایبندی به درمان دارویی است؛ این مطلب به‌خصوص از آن جهت مفید است که گزارش شده است پایبند نبودن به درمان دارویی به‌طور معمول بیش از ۵۰ درصد است؛ سوم، کارایی اثبات‌شده آن در جلوگیری از عود افسردگی یک‌قطبی است که پیشنهاد می‌کند این درمان ممکن است در جلوگیری از عود اختلال دوقطبی نیز مؤثر باشد؛ چهارم، این است که نتایج مقدماتی نشان می‌دهد تعامل میان سبک شناختی و حوادث زندگی استرس‌زا می‌تواند نشانه‌شناسی افسردگی را پیش‌بینی کند. باتوجه به این مطالب می‌توان چنین پیش‌بینی کرد که درمان شناختی رفتاری در بهبود مشکلات اختلال دوقطبی مؤثر واقع می‌شود (۲). قادری و همکاران در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری می‌تواند علائم و افکار ناکارآمد بیماران دوقطبی نوع یک را کاهش دهد (۴). یکی دیگر از درمان‌های نسبتاً نوین روان‌شناختی در درمان اختلالات دوقطبی، طرح‌واره‌درمانی است که علاوه بر بینش به تغییر شناختی،

¹. Beck

در پیوند با ساختارهای بنیادین عاطفی و شخصیتی بیماران مبتلا یافت (۱۶). به علاوه، باتوجه به سخت مداخله بودن این بیماری، به نظر می‌رسد احتمال موفقیت مداخلاتی که کل شاکله وجودی بیمار را هدف قرار می‌دهند، زیاد باشد. در این تحقیق، با تکیه بر ادبیات پژوهشی پیشین، احتمال موفقیت دو نوع مداخله طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی آزمایش شد. امید است نتایج این تحقیق بتواند مسیر مداخلاتی این بیماری را شفاف‌تر کند و راه را برای انجام درمان‌های مؤثرتر و بادوام‌تر هموارتر کند. به علاوه، باتوجه به اینکه مداخلات به‌هنگام می‌توانند در مسیر امور پیشگیری و عود بیماری‌هایی همچون اختلال دوقطبی مؤثر واقع شوند، انجام تحقیقاتی از این دست می‌تواند در راستای ارتقای سطح کیفی طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی مفید باشد؛ بنابراین براساس آنچه مطرح شد، هدف این پژوهش مقایسه طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی در بهبود شاخص‌های بالینی بیماران دوقطبی نوع یک بود.

۲ روش بررسی

روش این پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک شهر گرگان در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که دارای سوابق درمانی در مراکز درمانی بودند. از این جامعه ۲۴ نفر، ۱۹ مرد و ۵ زن، با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدف‌مند به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. آنگاه اعضای گروه نمونه، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر عبارت بود از: تشخیص روان‌پزشکی بر وجود اختلال دوقطبی نوع یک؛ دارابودن سابقه اختلال دوقطبی نوع یک براساس پرونده پزشکی و سوابق دال بر بستری؛ نبودن در دوره حاد اختلال در هنگام انجام مداخله و ثبات علائم بیمار در طی حداقل سه ماه گذشته؛ تبعیت درمانی مناسب و استفاده از درمان دارویی در طی مداخله و پیش از آن؛ دارابودن سن ۲۵ تا ۵۵ سال؛ مبتلانیبودن به دیگر اختلالات حاد یا مزمن جسمانی، روان‌شناختی یا سوء‌مصرف مواد یا دارو؛ رضایت از شرکت در طرح؛ نبود هرگونه مداخله روان‌شناختی در طی انجام طرح. در صورت نداشتن هریک از شرایط مذکور شرکت‌کنندگان از طرح خارج شدند. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از مصاحبه اولیه با بیماران واجد شرایط و توضیح هدف و ضرورت پژوهش و نیز کسب رضایت آگاهانه مراجعان و ارزیابی معیارهای شرکت در مطالعه، زمانی که تعداد بیماران به حد نصاب برای انجام مطالعه رسید، به‌صورت تصادفی به سه گروه ۸ نفره تقسیم شدند. یکی از گروه‌های آزمایش تحت مداخله مبتنی بر طرح‌واره‌درمانی به‌مدت ده جلسه ۷۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایش دیگر تحت مداخله مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی به‌مدت ده جلسه ۷۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. انتخاب مدت زمان

جلسات براساس مطالعات مربوط به پروتکل‌های درمانی صورت پذیرفت. گروه گواه صرفاً درمان دارویی دریافت کرد و در حین مطالعه هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی دریافت نکرد. گروه‌های آزمایش ضمن دریافت مداخلات روان‌شناختی، درمان دارویی را نیز ادامه دادند. پیش‌آزمون قبل از انجام مداخله برای هر سه گروه اجرا شد و یک هفته پس از پایان جلسات، پس‌آزمون انجام پذیرفت. درنهایت پس از طی یک دوره پیگیری سه‌ماهه، مجدداً آزمون‌ها بر هر سه گروه اجرا شد. کسب رضایت تمامی شرکت‌کنندگان و محرمانه‌ماندن اطلاعات آنان از ملاحظات اخلاقی این پژوهش بود.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

– مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی^۱: این مقیاس از مقیاس‌های بسیار معتبر سنجش افسردگی و تشخیص افتراقی در اختلالات دوقطبی است و علائم جسمانی، علائم روان‌شناختی و علائم آمیخته مرتبط با این اختلال را می‌سنجد. این مقیاس توسط برک و همکاران در سال ۲۰۰۷ تهیه شد. مقیاس ۲۰ گویه و سه خرده‌مقیاس شامل علائم روان‌شناختی، علائم آمیخته و علائم جسمانی دارد. نمره‌گذاری آن به‌روش لیکرت چهاردرجه‌ای از صفر تا ۳ و توسط بالینگر انجام می‌شود (۱۷). این مقیاس براساس پژوهش برک و همکاران واجد همسانی درونی بیشتر ($\alpha=0/91$) برای ارزیابی علائم جسمانی، روان‌شناختی و آمیخته افسردگی است و همبستگی آن با مقیاس مانیا یا یانگ^۲ ۰/۷۵ به‌دست آمد (۱۷). در پژوهش ابراهیمی و همکاران با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس در بیماران و جمعیت بهنجار ایرانی، این مقیاس همبستگی درونی زیادی را نشان داد ($\alpha=0/81$) و خرده‌مقیاس آمیخته آن با مقیاس درجه‌بندی مانیا یا یانگ همبستگی ۰/۶۹ داشت. همچنین نقطه مناسب‌تر برش بالینی آن نمره ۱۸ با حساسیت ۰/۹۳ و ویژگی ۰/۹۴ به‌دست آمد (۱۸).

– طرح‌واره‌درمانی: در تدوین طرح درمان فعلی از مجموعه مطالعات کنونی درخصوص طرح‌واره‌درمانی، استفاده شد. بر این اساس در این جلسات عمدتاً به نقش طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه در پیدایش و تداوم علائم اختلال، چگونگی تغییر آن‌ها و استفاده از طرح‌واره‌های جایگزین، برون‌ریزی هیجان‌های مرتبط با طرح‌واره‌ها و استفاده از حالات طرح‌واره‌ای سالم پرداخته شد. پروتکل طرح‌واره‌درمانی این است که درمانگر بداند چگونه به بهترین وجه به ذهنیت‌های مختلف واکنش نشان دهد (۱۹). جلسات درمانی طرح‌واره‌درمانی براساس پروتکل درمانی تدوین‌شده آرنتز و ون‌گندرن بود (۱۹). به‌منظور تبیین هر چه بیشتر اهداف جلسات، تکالیف خانگی از جلسه دوم تا جلسه آخر به گروه آزمایش مرتبط ارائه شد. جلسات طرح‌واره‌درمانی در بیماران دوقطبی در ده جلسه ۷۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای دوبار توسط درمانگر در محل مرکز توان‌بخشی دلارام شهرستان گرگان اجرا شد.

2. Young Mania Rating Scale (YMRS)

1. Bipolar Depression Rating Scale (BDRS)

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی طرح‌واره‌درمانی

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر مورد انتظار	تکلیف خانگی
۱	معرفی و آشنایی اعضا، تبیین هدف و معنای درمان	معرفی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، آشنایی با قواعد و مقررات گروه، پاسخ به سؤالات یا ابهامات احتمالی، تشکیل رابطه درمانی، تبیین هدف و معنای درمان و ترغیب مراجعان برای هدف‌گذاری مناسب برای دوره درمانی	ایجاد انگیزه برای مشارکت و آگاهی از فرایند درمان	-
۲	شناخت بیشتر اختلال و الگوهای نظری مرتبط با آن	آموزش بیماران درباره ماهیت اختلال و علائم آن، آشنایی با تبیین‌های فعلی بروز اختلال، ماهیت راه‌اندازهای مرتبط با نوسانات خلقی، بررسی انطباق مدل‌های نظری موجود با تجارب شخصی هر بیمار	افزایش انگیزه و شناخت درباره مدل نظری درمان	شناسایی محرک‌های موقعیتی، هیجان و افکار مرتبط با آن تا جلسه بعد
۳	آگاهی از مدل طرح‌واره‌درمانی	بررسی تکالیف، ارائه بازخورد، پاسخ به سؤالات و ابهامات، آشنایی اعضا با مدل طرح‌واره و ریشه‌های شکل‌گیری آن	درک نقش طرح‌واره‌ها در مسائل کنونی و توجه به ریشه‌های طرح‌واره‌ای آن	پرداختن مجدد به شناسایی محرک‌های موقعیتی، هیجان و افکار مرتبط با آن‌ها در پیوند با طرح‌واره‌ها
۴	آگاهی از نقش طرح‌واره‌ها در پیدایش مسائل مرتبط با اختلال دوقطبی در بیماران	بررسی تکالیف، آشنایی اعضا با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، شناسایی آن‌ها و نقش آن‌ها در پیدایش مشکلات کنونی	پیوند دادن علائم اختلال با فعال‌شدن طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه	شناسایی بیشتر طرح‌واره‌های ناسازگار و نقش آن‌ها در بروز رفتارهای مختل کنونی
۵	آگاهی از نقش طرح‌واره‌ها در پیدایش مسائل مرتبط با اختلال در بیماران با توجه به شناخت طرح‌واره‌های ناکارآمد خویش	بررسی تکالیف، آشنایی اعضا با طرح‌واره‌های خود از طریق بررسی پرسشنامه و تمرین‌های داخل جلسه، مفهوم طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نقش آن‌ها در کیفیت بروز علائم اختلال	پیوند دادن علائم اختلال با فعال‌شدن طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه شناسایی شده برای هر بیمار	درک نقش طرح‌واره ناسازگار اولیه شناخته‌شده در بروز مشکلات کنونی مرتبط با اختلال
۶	آگاهی از نقش انتخاب پاسخ‌های نامناسب در تداوم طرح‌واره‌ها و شناسایی آن‌ها	بررسی تکالیف، تقویت آگاهی درخصوص نقش طرح‌واره‌ها و الگوهای پاسخ‌دهی سازگار و ناسازگار، آشناسازگاری اعضا با فرایند مقابله با طرح‌واره ناسازگار اولیه و پاسخ‌های مقابله‌ای نامناسب مرتبط با تداوم اختلال	شناخت پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و تلاش در جهت ممانعت یا اصلاح آن‌ها	شناخت پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار
۷	شناسایی پاسخ‌های مقابله‌ای سازگار	بررسی تکالیف، تمرین راهبردهای شناختی طرح‌واره‌درمانی، تمرین پاسخ‌های رفتاری مقابله‌ای مؤثر و مبتنی بر بهبود طرح‌واره	شناسایی پاسخ‌های مقابله‌ای سازگار و تکرار و تمرین آن‌ها	تکرار پاسخ‌های مقابله‌ای سازگار
۸	تبیین علائم اختلال در هریک از فازهای اختلال در ارتباط با طرح‌واره‌ها، معرفی حالات طرح‌واره‌ای و ارتباط آن‌ها با تداوم رفتارهای مرتبط با اختلال	بررسی تکالیف، ارزیابی ارتباط حالات منفی با طرح‌واره‌های ناسازگار احتمالی، معرفی ماهیت حالات‌های طرح‌واره‌ای	ارزیابی کیفیت عملکرد خویش در هریک از حالات خلقی غالب و نیز در پیوند با حالات طرح‌واره‌ای غالب	شناسایی نقش حالت خلقی غالب در کیفیت رفتار اعضا، شناسایی حالت طرح‌واره‌ای غالب مرتبط با آن
۹	شناسایی حالت‌های طرح‌واره‌ای سالم و رشد و ارتقای آن‌ها	بررسی تکالیف، معرفی حالات سالم، رفتارهای مرتبط با ذهنیت‌های سالم و نقش آن‌ها در مقابله با طرح‌واره‌های ناسازگار مرتبط با فعال‌شدن علائم اختلال	تکرار و تمرین حالات طرح‌واره‌ای سالم در گروه و درک نقش آن در کاهش عملکردهای نامطلوب مرتبط با حالات خلقی	تمرین تکرار حالات طرح‌واره‌ای سالم
۱۰	جمع‌بندی و تکرار الگوهای مطلوب آموخته‌شده	بررسی تکالیف، تشخیص حالات طرح‌واره‌ای و جایگزین‌های رفتاری مناسب با حالات سالم در گروه، ارزیابی و مرور نهایی	استناد به الگوهای پاسخ‌دهی مطلوب با توجه به حالات طرح‌واره‌ای سازگار	-

در رویکرد رفتاردرمانی شناختی، معمولاً تغییر رفتار از رفتار ساده‌تر شروع می‌شود و به تدریج به رفتار مشکل‌سازتر پرداخته می‌شود. درمان شناختی رفتاری سنتی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی بر شناسایی و یافتن نشانه‌های برانگیزاننده و راه‌اندازه‌های دوره‌های اختلال تأکید دارد. برخی از کارشناسان معتقد هستند که رفتاردرمانی شناختی در زمینه اختلالات شخصیت، روان‌پریشی‌ها یا اختلال دوقطبی به بیش از ۲۰ جلسه زمان نیاز دارد (۷). رفتاردرمانی شناختی در این پژوهش، براساس پروتکل درمانی تدوین‌شده باسکو و راش (۲۰) ساخته شد و در رویکرد رفتاردرمانی شناختی، معمولاً تغییر رفتار از رفتار ساده‌تر شروع می‌شود و به تدریج به رفتار مشکل‌سازتر پرداخته می‌شود. درمان شناختی رفتاری سنتی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی بر شناسایی و یافتن نشانه‌های برانگیزاننده و راه‌اندازه‌های دوره‌های اختلال تأکید دارد. برخی از کارشناسان معتقد هستند که رفتاردرمانی شناختی در زمینه اختلالات شخصیت، روان‌پریشی‌ها یا اختلال دوقطبی به بیش از ۲۰ جلسه زمان نیاز دارد (۷). رفتاردرمانی شناختی در این پژوهش، براساس پروتکل درمانی تدوین‌شده باسکو و راش (۲۰) ساخته شد و در

جدول ۲. موضوعات و محتوای جلسات شناختی رفتاری سنتی

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر مورد انتظار	تکلیف خانگی
اول	معرفی و آشنایی اعضا، تبیین هدف و معنای درمان	معرفی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر، آشنایی اعضا با قوانین گروه، پاسخ به سؤالات و ابهامات احتمالی، تشریح هدف و ضرورت جلسات و شکل دهی اتحاد درمانی، کمک به اعضا در تعیین اهداف اختصاصی مرتبط با علائم اختلال	ایجاد انگیزه برای مشارکت در جلسات و آگاهی از فرآیند درمان	ادامه تمرین اهداف اختصاصی مرتبط با علائم اختلال
دوم	شناخت بیشتر اختلال و الگوهای نظری مرتبط با آن	بررسی تکالیف، آموزش در رابطه با ماهیت اختلال، آشنایی با مدل‌های نظری موجود درباره اختلال و چگونگی انطباق مدل‌های نظری با تجارب شخصی در زمینه کیفیت تجربه علائم اختلال	افزایش انگیزه و شناخت درباره مدل نظری درمان	شناسایی محرک‌های موقعیتی، هیجان و افکار مرتبط با آن
سوم	آگاهی از مدل شناختی رفتاری	بررسی تکالیف، آشنایی اعضا با مدل مفهومی رفتاردرمانی شناختی درباره اختلال دوقطبی	تبیین علائم اختلال در چارچوب مدل شناختی رفتاری	پرداختن مجدد به شناسایی محرک‌های موقعیتی، هیجان و افکار مرتبط با آن
چهارم	بررسی نقش هیجان‌ها در درک اولیه چرخه تجربه مرتبط با اختلال	بررسی تکالیف، بررسی نقش هیجان‌ها در تجربه علائم اختلال	افزایش آگاهی مراجعان از نقش هیجان‌ها در مرحله نخست راه‌اندازی چرخه تجربه	تمرکز بر نقش هیجان‌ها در حالات ناخوشایند مرتبط با بیماری
پنجم	کنترل هیجان‌های منفی، شناسایی چگونگی تداوم چرخه تجربه ناسالم	بررسی تکالیف، توصیف چرخه تجربه در تداوم علائم اختلال توسط خود مراجعان، آشنایی اعضا با فنون مدیریت هیجان‌های منفی، تمرین فنون و بررسی بازخورد به اعضا	شناسایی بهتر هیجان‌ها و افزایش خودتنظیمی هیجانی و شناخت اولیه واکنش‌های رفتاری جبرانی و مهار آن‌ها	خودتنظیمی هیجانی و شناسایی موقعیت‌های استفاده از رفتارهای جبرانی تداوم‌بخش چرخه تجربه ناسالم
ششم	آگاهی از چگونگی اثرگذاری افکار و شناخت‌واره‌های ناکارآمد منفی در تداوم چرخه تجربه ناسالم	بررسی تکالیف، آشنایی اعضا با نقش شناخت‌ها در تجربه احساسات منفی، الگوهای رفتاری و تجربه علائم اختلال	شناسایی افکار خودآیند اولیه در موقعیت‌های نامطلوب	ثبت افکار خودآیند منفی در موقعیت‌های نامطلوب
هفتم	کاستن از ارزش تداوم چرخه تجربه ناسازگار	بررسی تکالیف، ارزیابی مزایا و معایب چرخه تجربه ناسازگار، بررسی شواهد و مدارک صحت آن و تمرین در گروه، بررسی بازخورد اعضا	یافتن شواهد مرتبط با ناکارآمدی تداوم چرخه تجربه ناسازگار	تمرین مزایا و معایب چرخه تجربه مرتبط با علائم راه‌انداز بیماری
هشتم	بررسی نقش عوامل محیطی و واکنش‌های رفتاری نامطلوب در آغاز و تداوم علائم اختلال	بررسی تکالیف، آشنایی اعضا با نقش سبک زندگی و الگوهای رفتاری در تجربه علائم اختلال، معرفی راه‌اندازهای مهم شروع دوره‌های اختلال، بررسی الگوی رفتاری اعضا در واکنش به علائم اختلال، آشنا کردن اعضا با فنون مدیریت رفتار	شناسایی راه‌انداز دوره‌های اختلال و افزایش مدیریت رفتاری	تمرین رفتارهای مرتبط با مدیریت راه‌اندازهای دوره‌های اختلال
نهم	شناسایی الگوهای رفتاری فعلی در پاسخ به علائم اختلال و استفاده از الگوهای رفتاری جایگزین مناسب	بررسی تکالیف، بررسی الگوهای رفتاری اعضا در واکنش به علائم اختلال، آشنایی با فنون مدیریت رفتار و بررسی افکار و رفتارهای جایگزین	افزایش قدرت مدیریت رفتار و انتخاب صحیح در هر موقعیت	تمرین‌های مرتبط با استفاده از رفتارهای جایگزین
دهم	یکپارچه‌سازی و استحکام آموخته‌ها براساس چرخه تجربه سازگار و کارآمد	بررسی تکالیف، بررسی مهارت‌های رفتاری، تمرین فنون در جلسه، ارزیابی نهایی	سهولت در شناسایی عناصر چرخه تجربه ناسازگار توسط اعضا و ارزشیابی آن، اتخاذ الگوهای مناسب به‌منظور استقرار چرخه تجربه سالم	-

۳ یافته‌ها

در بررسی فرضیه‌های پژوهش، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت. برای انجام این آزمون ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف^۱ دلالت بر نرمال بودن توزیع پراکندگی متغیرهای پژوهش داشت ($p > 0/05$). برای بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موخلی استفاده شد. با توجه به معنادار بودن اندازه آزمون موخلی برای نمره علائم روان‌شناختی و علائم جسمانی،

پیش‌فرض کرویت برقرار نبود ($p < 0/05$). نتیجه بیانگر آن بود که در تفسیر نتایج مربوط به آزمون‌های آماری باید از تصحیحات آماری استفاده کرد؛ بنابراین از تصحیح گرین‌هاوس برای تحلیل فرضیات مربوط به این علائم استفاده شد. این تصحیح به دلیل محافظه‌کار بودن به‌ویژه برای پژوهش‌هایی با نمونه‌های کوچک بسیار مناسب است.

¹. Kolmogorov-Smirnov (K-S)

جدول ۳. نتایج آزمون‌های نرمال بودن، همگنی کوواریانس‌ها و واریانس‌ها برای شاخص‌های بالینی

متغیر	نرمال بودن		ام‌باکس		لون	
	آماره Z در K-S	مقدار p	F	مقدار p	آماره	مقدار p
علائم روان‌شناختی	۰/۶۳۶	۰/۸۱۳	۱/۰۸۴	۰/۳۶۹	۱/۱۱۸	۰/۳۴۶
علائم آمیخته	۱/۴۲۹	۰/۰۳۴	۰/۶۸۲	۰/۷۷۰	۰/۷۳	۰/۴۹۴
علائم جسمانی	۰/۹۵۳	۰/۳۲۴	۰/۷۵۵	۰/۶۹۷	۰/۹۵۵	۰/۴۰۱

بر اساس جدول ۳، نتیجه آزمون ام‌باکس نیز برای همسانی ماتریس کوواریانس‌ها بیانگر برقراری این پیش فرض بود ($p > ۰/۰۵$). اگر این مفروضه رعایت شود، تحلیلگر می‌تواند از لامبدای ویلکز استفاده کند. هر دو آزمون لامبدای ویلکز و هتلینگ برای بررسی معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری به کار می‌رود؛ بنابراین مواقعی که تمامی شرایط

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد شاخص‌های بالینی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
علائم روان‌شناختی	رفتاردرمانی شناختی	۱۲/۸۸	۴/۲۹	۱۰/۰۰	۵/۷۸	۳/۵۰	۲/۴۴
	طرح‌واره‌درمانی	۱۲/۲۵	۵/۲۵	۴/۸۸	۴/۸۲	۶/۳۸	۴/۵۳
	گروه گواه	۱۳/۰۰	۶/۱۶	۱۰/۶۳	۵/۴۷	۹/۲۵	۵/۳۹
علائم آمیخته	رفتاردرمانی شناختی	۱۱/۲۵	۴/۹۵	۷/۳۸	۴/۵۰	۴/۰۰	۲/۲۶
	طرح‌واره‌درمانی	۷/۷۵	۳/۱۵	۴/۶۳	۲/۶۱	۳/۸۸	۲/۴۷
	گروه گواه	۱۰/۸۸	۴/۸۵	۹/۲۵	۴/۰۶	۷/۱۳	۲/۹۹
علائم جسمانی	رفتاردرمانی شناختی	۷/۰۰	۲/۸۷	۴/۵۰	۲/۸۷	۲/۷۵	۲/۶۵
	طرح‌واره‌درمانی	۵/۷۵	۱/۸۳	۲/۲۵	۲/۵۵	۳/۰۰	۲/۴۴
	گروه گواه	۶/۰۰	۲/۲۶	۵/۵۰	۲/۶۱	۴/۵۰	۲/۷۲

یافته‌های ارائه شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که هر سه دسته علائم روان‌شناختی و جسمانی و آمیخته در هر سه گروه، در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافت؛ هرچند کاهش علائم جسمانی در گروه گواه اندک بود. در مرحله پیگیری نیز درمقایسه با مرحله

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای شاخص‌های بالینی

متغیر	F	مقدار p	η^2
علائم روان‌شناختی	۱/۳۱۶	۰/۲۸۹	۰/۱۱۱
علائم آمیخته	۳/۸۵۱	۰/۰۳۸	۰/۲۶۸
علائم جسمانی	۱/۲۱۶	۰/۳۱۶	۰/۱۰۴

بر اساس جدول ۵، در بررسی علائم روان‌شناختی ($p = ۰/۲۸۹$) و علائم جسمانی ($p = ۰/۳۱۶$) میان گروه‌های آزمایشی طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی و گروه گواه، در بهبود علائم جسمانی و علائم روان‌شناختی طی سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما در بررسی علائم آمیخته مشخص شد که تفاوت معناداری در بهبود این علائم در هر سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری میان گروه‌های مذکور دیده شد ($p = ۰/۰۳۸$).

۴ بحث

هدف این پژوهش مقایسه طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی در

چنین استنباط کرد که فرد مبتلا به اختلال دوقطبی دائماً درگیر بروز دوره‌های مکرر افسردگی و مانیا است و این درگیری‌های مکرر بر تمامی حیطه‌های روانی-شناختی، رفتاری، فیزیولوژیک و حیطه‌های مختلف زندگی فرد از جمله شرایط اجتماعی، شغلی، عملکردی و احساس خوب بودن وی تأثیر منفی دارد. در مدل شناختی اختلال دوقطبی اعتقاد بر این است که محتوای شناختی فرد در اختلال دوقطبی نقص دارد و فرد نمی‌تواند تصمیم درستی بگیرد. با توجه به اینکه درمان شناختی با شناسایی افکار کژکار سعی در اصلاح و تعدیل آن‌ها دارد، در مدل شناختی اختلال دوقطبی بر فعال‌شدن غیرارادی، جبری و زیست‌شناختی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و عوامل راه‌انداز بیرونی تأکید می‌شود (۲۱). از دیگر سو، در رویکرد شناختی اعتقاد بر این است که وقایع خارجی متفاوتی موجب فعال‌شدن خلق افراد مختلف می‌شود؛ بنابراین شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سعی در اصلاح آن‌ها می‌تواند تا حد زیادی در بهبود علائم آمیخته افراد مبتلا به اختلال دوقطبی کمک کند (۲۲). بر این اساس درمان‌های روان‌شناختی در کاهش علائم آمیخته، درمقایسه با درمان دارویی صرف، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤثرتر بوده‌اند. از آنجاکه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، میزان اثرگذاری تمام درمان‌های مذکور را در بازه‌های زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، با یکدیگر بررسی کرده است، با توجه به معناداربودن تأثیرات طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر بهبود علائم آمیخته، می‌توان اشاره کرد که با توجه به میانگین نمرات، طرح‌واره‌درمانی تأثیر بیشتری بر کاهش علائم آمیخته داشته است. با توجه به اینکه علائم آمیخته دربردارنده آن دسته از مشکلاتی است که بازنمود آشکارتر و جدی‌تری در وضعیت بیمار دارد، این تصور یانگ و همکاران که در هنگام کاهش علائم حاد بیماری، طرح‌واره‌درمانی گزینه مناسبی برای درمان بسیاری از بیماران مقاوم دارای مشکلات منش شناختی مزمن بوده، تأیید می‌شود (۷).

یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعه قادری و همکاران همسوست. آن‌ها نشان دادند، درمان شناختی می‌تواند علائم و افکار ناکارآمد بیماران دوقطبی نوع یک را کاهش دهد (۴). شیانگ و همکاران در فراتحلیلی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری یکی از درمان‌های رایج و اثربخش در کاهش میزان عود و بهبود علائم افسردگی، شدت شیدایی و عملکرد روانی-اجتماعی بیماران با اختلال دوقطبی است (۲۳). همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش مالوجیانیس و همکاران درباره اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر اختلال دوقطبی و دیگر اختلالات خلقی همسوست (۱۲). نتیجه حاصل از مقایسه طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی در این پژوهش با نتایج مطالعه کارتر و همکارانش، درباره اینکه میان این دو رویکرد درمانی تمایز چندانی وجود ندارد، (۱۳)، مشابهت ندارد؛ زیرا در پژوهش حاضر براساس میانگین نمرات متغیر علائم آمیخته، اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در بهبود علائم بارز اختلال دوقطبی نوع یک بیشتر از رفتاردرمانی شناختی بود.

به‌طورکلی با توجه به میانگین نمرات در بررسی هر سه شاخص بالینی (علائم روان‌شناختی، علائم آمیخته و علائم جسمانی) مشخص می‌شود که هرچند درمان دارویی صرف و نیز درمان‌های روان‌شناختی

همراه با درمان دارویی، میانگین نمرات شاخص‌های بالینی را در بیماران دوقطبی کاهش دادند، افزودن درمان‌های روان‌شناختی به درمان دارویی بهبود بیشتری را در میزان شاخص‌های بالینی مذکور نشان می‌دهد. به‌علاوه نتایج مبین آن است که اثر اولیه طرح‌واره‌درمانی در مرحله پس‌آزمون، بیش از اثر اولیه رفتاردرمانی شناختی است. می‌توان این مطلب را این‌گونه تفسیر کرد که تمرکز بیشتر طرح‌واره‌درمانی به مقوله هیجان‌ها و ارتباط میان درمانگر و درمانجو، تمرین‌های مرتبط با ذهنیت سالم و طرح‌واره‌های کارآمد جایگزین و نپرداختن مستقیم به افکار و احساسات منفی در ابتدای امر، امکان پذیرش این درمان را از سوی بیماران، بیشتر کرده است (۲۲). براساس دیدگاه یانگ و همکاران نیز تجربه هیجانی و در نتیجه آن آگاهی بیمار از عملکرد طرح‌واره می‌تواند چرخه معیوب مذکور را پایان دهد (۷). به‌نظر می‌رسد که طرح‌واره‌درمانی به‌دلیل نفوذ در اعماق شخصیت شناخت طرح‌واره‌های کژکار از طریق تکنیک‌های شناختی، الگوشکنی رفتاری، تجربی و مخصوصاً تصویرسازی ذهنی، ایفای نقش والدینی توسط درمانگر و همچنین با اصلاح تحریف‌های شناختی، باورهای کژکار، بهبود هیجان‌های آسیب‌دیده و شناخت‌های آسیب‌زا می‌تواند با تغییر هیجان‌ها، شناخت و در نتیجه تغییر رفتار بیماران با اختلال دوقطبی، درمان مؤثری برای آنان باشد؛ بنابراین در این پژوهش با توجه به میانگین نمرات، طرح‌واره‌درمانی تأثیر بیشتری درمقایسه با درمان شناختی بر بهبود شاخص‌های بالینی اختلال دوقطبی داشت. با توجه به اینکه در سبب‌شناسی اختلال دوقطبی مجموعه‌ای از عوامل شناختی و عاطفی درگیر هستند و طرح‌واره‌درمانی با شناسایی و تأثیر بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شکل می‌گیرد، طرح‌واره‌درمانی تأثیر بیشتری درمقایسه با درمان شناختی رفتاری بر بهبود شاخص‌های بالینی بیماران با اختلال دوقطبی دارد. همچنین می‌توان استنباط کرد که هدف نهایی طرح‌واره‌درمانی، اصلاح افکار شناختی کژکار، بهبود طرح‌واره‌ها، تعدیل ساختار و محتوای طرح‌واره‌های ناسازگار به‌منظور جلوگیری از عود نشانه‌های ضروری است؛ بنابراین منطقی است که طرح‌واره‌درمانی درمقایسه با درمان شناختی رفتاری بر بهبود شاخص‌های بالینی بیماران با اختلال دوقطبی تأثیر بیشتری داشته باشد. تک‌تک تکنیک‌های طرح‌واره‌درمانی بر پیشبرد این هدف درمانی نقش داشته‌اند و باعث بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار در بیماران می‌شوند (۲۴).

با توجه اینکه جامعه آماری این پژوهش محدود به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک شهر گرگان بود (بیمارانی که دارای سوابق درمانی در مراکز بودند)، تعمیم نتایج پژوهش به سایر جوامع آماری با محدودیت همراه است. پیشنهاد می‌شود به‌منظور بررسی بیشتر اثرات مداخلات، از دیگر ابزارهای سنجش و ارزیابی اختلال دوقطبی استفاده شود. به‌علاوه استفاده از حجم نمونه بیشتر به‌منظور تعمیم بهتر نتایج و انجام این پژوهش در سایر گروه‌ها و شهرها توصیه می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در بهبود علائم آمیخته بیماران دوقطبی نوع یک بیشتر است. به‌نظر می‌رسد که تمرکز بیشتر طرح‌واره‌درمانی به مقوله هیجان‌ها

از ملاحظات اخلاقی این پژوهش بود. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان با کد ۱۷۳۴۸۶۲۶۹۵۳۷۸۷۸۱۳۹۷۱۸۴۹۲۶ است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

نویسندگان از هیچ نهاد یا سازمانی حمایت مالی دریافت نکرده‌اند.

و ارتباط میان درمانگر و درمانجو، تمرین‌های مرتبط با ذهنیت سالم و طرح‌واره‌های کارآمد جایگزین و نپرداختن مستقیم به افکار و احساسات منفی در ابتدای امر، امکان پذیرش این درمان را از سوی بیماران، بیشتر می‌کند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمام شرکت‌کنندگان در این پژوهش و نیز مرکز توان‌بخشی دلارام شهرستان گرگان که نقشی بی‌بدیل در اجرای پژوهش حاضر داشتند، قدردانی و تشکر می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

کسب رضایت تمامی شرکت‌کنندگان و محرمانه‌ماندن اطلاعات آنان

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
2. Patelis-Siotis I. Cognitive-behavioral therapy: applications for the management of bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2001;3(1):1–10. doi: [10.1034/j.1399-5618.2001.030101.x](https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2001.030101.x)
3. Rowland TA, Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018;8(9):251–69. doi: [10.1177/2045125318769235](https://doi.org/10.1177/2045125318769235)
4. Ghaderi D, Maroufi M, Ebrahimi A. Effect of cognitive behavioral therapy on reducing symptoms and modifying dysfunctional attitudes in patients with type I and II Bipolar Disorder. *J Isfahan Med Sch*. 2016;33(358):1936–42. [Persian] <http://jims.mui.ac.ir/index.php/jims/article/view/5304>
5. González Isasi A, Echeburúa E, Limiñana JM, González-Pinto A. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: a 5-year controlled clinical trial. *Eur Psychiatry*. 2014;29(3):134–41. doi: [10.1016/j.eurpsy.2012.11.002](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.11.002)
6. Ye B-Y, Jiang Z-Y, Li X, Cao B, Cao L-P, Lin Y, et al. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: an updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;70(8):351–61. doi: [10.1111/pcn.12399](https://doi.org/10.1111/pcn.12399)
7. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. Hamidpour H, Andooz Z. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2016, pp:48–52.
8. Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. Schema therapy for bipolar disorder: a conceptual model and future directions. *J Affect Disord*. 2013;148(1):118–22. doi: [10.1016/j.jad.2012.10.034](https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.034)
9. Leahy RL. Cognitive therapy techniques: a clinical guide for clinicians. Hamidpour H, Andooz Z. (Persian translator). Tehran: Danzhe Pub; 2008. (Persian).
10. Wright JH, Thase ME, Basco MR. Learning cognitive-behavior therapy: an illustrated guide. Hamidpour H, Ghasemzadeh H. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2013.
11. Switzer I. Early maladaptive schemas predict risky sexual behaviors [Thesis for M.Sc. in Psychology]. [Mississippi, US]: Mississippi State University; 2006, pp: 31–6.
12. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2014;45(3):319–29. doi: [10.1016/j.jbtep.2014.02.003](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.02.003)
13. Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, Joyce PR. Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *J Affect Disord*. 2013;151(2):500–5. doi: [10.1016/j.jad.2013.06.034](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.034)
14. Costa J, García-Blanco A, Cañada Y, García-Portilla MP, Safont G, Arranz B, et al. Are affective temperaments determinants of quality of life in euthymic patients with bipolar disorder? *J Affect Disord*. 2018;230:101–7. doi: [10.1016/j.jad.2018.01.007](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.007)
15. Pavlova B, Perroud N, Cordera P, Uher R, Alda M, Dayer A, et al. Anxiety disorders and childhood maltreatment as predictors of outcome in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2018;225:337–41. doi: [10.1016/j.jad.2017.08.048](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.048)
16. Renner F, Arntz A, Leeuw I, Huibers M. Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2013;20(2):166–80. doi: [10.1111/cpsp.12032](https://doi.org/10.1111/cpsp.12032)
17. Berk M, Malhi GS, Cahill C, Carman AC, Hadzi-Pavlovic D, Hawkins MT, et al. The Bipolar Depression Rating Scale (BDRS): its development, validation and utility. *Bipolar Disord*. 2007;9(6):571–9. doi: [10.1111/j.1399-5618.2007.00536.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00536.x)

18. Ebrahimi A, Barekatin M, Bornamanesh A, Nassiri H. Psychometric properties of the persian version of Bipolar Depression Rating Scale (BDRS) in patients and general population. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015;21(1):60–8. [Persian] <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2355-en.pdf>
19. Arntz A, van Genderen H. Schema therapy for borderline personality disorders. Hajipour H, Zirak H. (Persian translators). Tehran: Arjmand Pub;2009.
20. Basco MR, Rush AJ. Cognitive–behavioral therapy for bipolar disorder. New York: Guilford Press; 2007.
21. Rashedi J, Sorabi F, Shams J. A study of the efficacy of cognitive behavior therapy in relapse prevention of bipolar disorder. *Clinical Psychology and Personality*. 2011;9(2):49-64. [Persian] https://cpap.shahed.ac.ir/article_2654.html
22. Ghanbarzade Andariyeh Z, Behrouzi S. Moghayeseye tarhvarehaye nasazegare avaliye aftade mobtala be ekhtelale doghobi ba afrade adi [Comparison of early maladaptive schemas of people with bipolar disorder with normal people]. In: 4th International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences, Tehran [Internet]. 2017. [Persian] <https://civilica.com/doc/670404/>
23. Chiang K-J, Tsai J-C, Liu D, Lin C-H, Chiu H-L, Chou K-R. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2017;12(5):e0176849. doi: [10.1371/journal.pone.0176849](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176849)
24. Khosravani V, Mohammadzadeh A, Sharifi Bastan F, Amirinezhad A, Amini M. Early maladaptive schemas and suicidal risk in inpatients with bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 2019;271:351–9. doi: [10.1016/j.psychres.2018.11.067](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.067)