مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
پاییز ۱۳۹۲؛۵(۳):۵۴۸-۵۳۷

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Autumn2013;5(3):537-548

مقاله پژوهشی

بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ایفای نقش در کاهش علایم بیماران دوقطبی تحت درمان سرپایی در بخش اعصاب و روان بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان بجنورد

مینا ارکی[1]، علی اصغر عباسی اسفجیر[2]، حبیب ا.. نادری[3]*

[1]کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت الله آملی، ایران
[2]دکتری تخصصی اجتماعی پژوهشی، استادیار ۱۳، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت الله آملی ، ایران
[3]استادیار، دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی، دانشگاه مازندران بابلسر، ایران
[*]**نویسنده مسئول:** دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت الله آملی، ایران
پست الکترونیک: mina_argi@yahoo.com

وصول: ۹۲/۷/۲ اصلاح:۹۲/۸/۴ پذیرش:۹۲/۸/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: *اختلال دو قطبی یکی از شایعترین بیماری های روانی و علل بستری در بخش های روانپزشکی است. به منظور درمان و جلوگیری از عود مکرر این بیماران لازم است اطلاعاتی در رابطه با روش های درمانی من جمله گروه درمانی شناختی رفتاری با تکنیک های مختلف کسب کرد.*

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ایفای نقش بر درمان اختلال دو قطبی است.

مواد و روش کار: *این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. آزمودنی ها طبق مصاحبه تشخیصی و بالینی نیمه ساختار یافته مبتنی بر DSM-IVIR تشخیص اختلال دو قطبی گرفتند و حداقل دو سال از تشخیص آنها می گذرد. (N: ۶۱). و آزمودنی ها طبق نمره بالایی که در پرسشنامه یانگ (سنجش مانیا) و بک (سنجش افسردگی) کسب نمودند به دو گروه با مانیای بالا و افسرده بالا انتخاب شدند. هر دو گروه تحت درمان دارویی بوده، گروه آزمایش به جز دارو درمانی ۱۰جلسه گروه درمانی دریافت کرد. پرسشنامه ها (پس آزمون) توسط نمونه ها بعد از مداخله درمانی تکمیل شدند. و داده های پژوهشی با استفاده از نرم افزار آماری۲۰ SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.*

یافته ها: *یافته های پژوهشی نشان داد که بین گروه کنترل و آزمایش بعد از مداخله (۱۰جلسه درمانی) تفاوت معناداری وجود دارد.*

نتیجه گیری: *نتایج پژوهش نشان دادند در سطح معنی داری ۹۵٪ بین میانگین های گروه آزمایش قبل و پس از آموزش در بیماران دارای اختلال مانیا و افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۰۰$) .*

واژه های کلیدی: *درمان شناختی-رفتاری، ایفای نقش، اختلال دوقطبی: (مانیا و افسردگی)*

مقدمه

اختلال دوقطبی یکی از شایعترین اختلالات روانشناختی است و میزان شیوع نوع ۱، ۰/۴ تا ۱/۶ درصد و نوع ۲، تقریبا ۵ درصد است. اختلال دوقطبی از یک سلسله علایم و نشانه ها تشکیل یافته است که هفته ها، ماه ها، دوام می یابد و از کارکرد عادی شخص کاملا متفاوت هستند و میل به عود دارند و بطور چرخشی یا دوره ای هستند و ممکن است خلق بصورت بالا یا پایین باشد. که حداقل یک هفته در دوره مانیا و ۴ روز در هیپومانیک (سه یا چند علامت) و افسردگی اساسی در یک دوره ۲ هفته ای (با ۵ یا بیشتر علایم) همراه است. طبق DSM-IV-TR اختلال دوقطبی نوع I: وجود فقط یک دوره مانی بدون سابقه دوره های افسردگی اساسی و یا دوره جاری یا آخرین دوره منیک است یا دوره جاری یا آخرین دوره هیپومنیک و سابقه حداقل دوره مانی یا مختلط وجود دارد. و در اختلال دوقطبی نوعII: وجود یا سابقه یک یا چند دوره افسردگی

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

اساسی و وجود یا سابقه حداقل یک دوره هیپومانی است و هرگز دوره های مانی وجود نداشته است. اختلالات خلقی گروهی از حالات بالینی هستند که با اختلال خلق، فقدان احساس کنترل بر خلق و تجربه ذهنی و ناراحتی شدید همراه هستند. کسانی که خلق بالا دارند مانی، حالات انبساط خاطر، پرش افکار، کاهش خواب، افزایش احترام به نفس و افکار بزرگ منشانه نشان می دهند. افرادی که خلق پایین دارند با افسردگی یا کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز و افکار مرگ و خودکشی مشخص هستند. سایر علایم عبارتند از تغییر در سطح فعالیت، توانایی شناختی، تکلم و اعمال نباتی (خواب، اشتها، فعالیت جنسی و سایر ریتمهای بیولوژیک). این اختلالات عملا همیشه منجر به اختلال در عملکرد شغلی، اجتماعی و بین فردی می گردند [۱]. گاهی این تغییرات سریع رخ می دهند و بسیار مهم است که بیماران به این تغییرات توجه کرده و گروه درمانی را از این تغییرات آگاه سازند تا ایشان بتوانند در مورد چگونگی برخورد با این تغییرات خلقی تصمیم گیری کنند. برای مثال بسیاری از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی که سابقه ای از رفتارهای تکانشی و صرف هزینه های گزاف دارند ممکن است با کمک گروه درمانی خود بخواهند روشهای موجود برای کم کردن هزینه های افراطی خود را بررسی کنند یا برداشت از حساب بانکی خود را محدود کنند. این بیماری خطر خودکشی را در افراد افزایش می دهد و بر توانایی های کارکردی فرد تاثیر منفی می گذارد. عود اختلال دوقطبی شایع است و عودهای مکرر می تواند منجر به ناتوانی بیمار، تحمیل هزینه و افت کارایی شود. عود بیماری در اکثر موارد با مصرف داروها قابل پیشگیری می باشد، قطع یا کاهش دوز دارو، برنامه خواب و بیداری نامنظم، استرسورها و عوامل دیگر نیز تاثیر گذار می باشند [۲]. عوامل موثر در عود شامل قطع داروی تثبیت کننده خلق (۳۷/۸٪)، کاهش دوز دارو (۱۸/۵٪)، مصرف داروهای بی ثبات کننده خلق (TCA نورولپتیک کلاسیک ۵۶/۴٪)، سوء مصرف و وابستگی به مواد (۱۸/۵٪)، بی خوابی و داشتن برنامه خواب نامنظم (۴۱/۴٪)، نداشتن دانش و آگاهی کافی در اهمیت درمان نگهدارنده (۴۶٪) و حوادث زندگی (بد یا خوب) (۷/۸ ٪) بودند (قریشی زاده، ۱۳۸۸) [۳]. باورهای واسطه ای و افکار ناکارامد که طیف گسترده ای از تجربیات بیماران را در بر می گیرد باعث مزمن شدن مشکلات و ایجاد ساختارهای شناختی فراگیر در مورد خود و بیماری می شوند درمان های شناختی در شناخت این افکار و باورها موثر است و می تواند بار هیجانی آنها را کاهش دهد [۴]. مطالعات اخیر نشان داده است که شناخت رفتار درمانگری درمان کارامدی برای اختلالات خلقی از جمله افسردگی دوقطبی است که نه تنها ناراحتی های حاد را کاهش می دهد بلکه خطر بازگشت نشانگان را از بین می برد. استفاده از شناخت رفتار درمانگری برای کمک به هدایت و جهت دهی به بیمار هنگام بروز هر نوع تغییری در حالات خلقی او و نوسان خلق او بین چرخه های شیدایی و افسردگی است. مزمن شدن مشکلات باعث ایجاد ساختارهای شناختی فراگیر درباره خود، دنیا و بیماری می شوند که ممکن است بیماران باورهایی درباره خود و زندگی داشته باشند که با تشدید بیماری فعال شوند. در سرمشق گیری[1] و ایفای نقش[2] یادگیری یا کسب رفتارهای جدید از طریق مشاهده رخ می دهند. ایفای نقش باعث می شود که بیماران رفتارهای جدیدی کسب کنند و بازداری یا عدم بازداری پاسخهای غیر سودمند را یاد بگیرند. ایفای نقش و الگودهی ابراز رفتارهای آموخته شده را تسهیل می کنند. بیماران را تشویق کرده تدریجا فعالیتهایی را که قبلا از آنها اجتناب می کردند را از سر گیرند و کارهای کوچکتری را برنامه ریزی کنند [۵]. در پژوهشی توسط کاظمی و همکارانش در تهران سال ۹۰ تحت عنوان اثربخشی روان درمانگری شناختی تحلیلی، روان درمانگری شناختی و دارو درمانی در کاهش بی ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی ثباتی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ۲ انجام گردید، میزان اثر بخشی روان درمانگری شناختی – تحلیلی همراه با دارو درمانگری در کاهش بی ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی ثباتی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بررسی گردید. همراه با دارو درمانگری کاهش معناداری نسبت به گروه شناخت درمانی

1-Modeling
2- Role Playing

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

همراه با دارو درمانگری و گروه درمانگری به تنهایی مشاهده شد. در گروه شناخت درمانگری همراه با دارو درمانی این کاهش نسبت به گروه دارو درمانگری به تنهایی معنادار بود و کاهش معناداری در گروه دارودرمانی به تنهایی مشاهده نشد.

در گزارش موردی از شناخت – رفتار درمانگری اختلال افسردگی دوقطبی (مانیک-دپرسیو) که توسط خدایاری فرد و عابدینی در سال ۸۶ در تهران انجام گردید دو آزمودنی بزرگسال (یک مرد و یک زن) که بر اساس نتایج مصاحبه بالینی، نظر روانپزشک و ملاک تشخیصی-DSM IV-IR مبتلا به اختلال دوقطبی ۲ بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. طی جلسات درمانی هر دو آزمودنی با استفاده از تکنیک ترکیب شناخت رفتار درمانگری توام با دارودرمانی مورد درمان قرار گرفتند و همچنین پس از خاتمه درمان و قطع جلسات درمانی آزمودنیها تا دو سال مورد پیگیری پس از درمان بودند. روش درمانی مورد استفاده در این پژوهش شناخت درمانگری مبتنی بر فنون مطرح شده توسط بک (۱۹۶۴) می باشد. یافته های پژوهش نشان داده که شناخت رفتار درمانگری توام با دارودرمانی درمان موثری برای مبتلایان به اختلال افسردگی دوقطبی می باشد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های خدایاری فرد و عابدینی[۶] ، هولون، دایس و مارکویز[۷] و ویلیامز[۸] همخوان می باشد .

و طی یک مطالعه با کارآزمایی بالینی از نوع پیش آزمون پس آزمون؛ تحت عنوان بررسی اثر سه روش درمانی شناختی رفتاری، دارودرمانی و ترکیب از دو روش فوق در درمان افسردگی اساسی که سال ۸۷ در سمنان توسط ستوده، بهنام و قربانی انجام گردید بیماران با استفاده آرمیدگی و تصویر سازی ذهنی توانستند به شناخت بهتر از افکار خود و رویارویی مناسب تر با احساسات خود نایل آیند. یافته ها نشان داد کلیه روشهای درمانی دارای تاثیر معناداری بر درمان افسردگی اساسی بوده اند [۹]. اما درمان ترکیبی (درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی) نسبت به سایر مداخلات بهتر بوده است ($p< ۰/۵۰$). طبق نتیجه گیری بر اساس نتایج این تحقیق محققین استفاده از رویکرد تیمی مبتنی بر همکاری روانشناس و روانپزشک در درمان افسردگی اساسی را پیشنهاد می نماید.

نتایج برخی از پژوهشها نشان می دهد که رویکرد شناختی رفتاری نه تنها درمان کارامدی برای اختلالات خلقی هستند بلکه منجر به ایجاد مهارتهای پایداری در مراجع می شوند که احتمال عود بیماری را پس از درمان تقلیل می دهند.

شناسایی و درمان زود هنگام چرخه های خلقی فرد یکی از اولویتهای درمانی است و در پروتکل شناخت رفتار درمانگری مهارتهایی به بیماران آموزش داده می شود که به آنها کمک می کند با مراحل اولیه شیدایی و افسردگی خود بهتر کنار بیایند [۲]. هرچند اثربخشی آموزشهای روانی در کشورهای پیشرفته مثل کره و آمریکا معلوم و دارای جایگاه منحصر به فردی در میان روشهای درمان غیر داروئی است. بکارگیری آن در کشور ما به صورت مرسوم درنیامده و بی تردید جای خالی پژوهشهای مرتبط با توجه به ملاحظات فرهنگی، همچنین نیاز به ارزیابی قابلیت اجرا و هزینه اثربخشی و حتی ارتقای روش در جهت افزایش اثربخشی احساس می شود. هدف کلی در این پژوهش درمان بیماران دوقطبی با شناخت درمانی مبتنی بر ایفای نقش است. ودر اهداف سعی بر آن است که از طریق درمانهای شناختی فعالیت ها و تجربه های مثبت، رفتارهای انطباقی و توانایی برخورد با مشکلات زندگی، کنترل افکار، احساسات و رفتار و توجه، تمرکز و بینش را افزایش داده و باعث کاهش نوسانات خلقی و کاهش دوره های عود افسردگی و مانیا و علایم سایکوز در بیماران دوقطبی شویم. و با این پژوهش و مقایسه دو گروه کنترل و گواه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ایفای نقش را بر بیماران با سابقه بستری در بخش اعصاب و روان شهرستان بجنورد که در بهبودی نسبی بوده و هر دو گروه تحت درمان دارویی بوده بررسی نموده ایم.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری بیماران دو قطبی تحت درمان سرپایی که حداقل ۲ سال از تشخیص آنها می گذرد و سابقه بستری در بخش اعصاب و روان شهرستان بجنورد را دارند.

۶۱ نفر بعنوان نمونه انتخاب گردید. ۳۱ نفر برای گروه آزمایش؛ و ۳۰ نفر برای گروه کنترل. ۱۷ نفر مانیا و ۱۴

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

نفر افسرده در گروه آزمایش و ۱۶ نفر مانیا و ۱۴ نفر افسرده در گروه کنترل آزمودنی ها طبق نمرات بالایی که در مقیاس یانگ (سنجش مانیا) و بک (سنجش افسردگی) گرفتند انتخاب شدند. نمونه ها بطور طبقه ای متناسب انتخاب شدند چون نمونه کاملا معرف جامعه است، هر یک از طبقات موجود در جامعه در نمونه حضور دارد. آزمودنی ها طبق مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته DSM -IV-IR و تشخیص روانپزشک تشخیص اختلال دوقطبی دارند. هر دو گروه تحت یک دوره منظم درمان دارویی با الانزاپین، و لیتیم و والپروات بودند. و خلق آنها در حالت متعادل بود. بیماران نوسانهای خلقی در حد مانیا، هایپومانیا، افسردگی اساسی و افسردگی خفیف را تجربه کرده اند و سوء مصرف مواد نداشته ویا تحت کنترل بودند و بیماری خاص دیگری نداشتند. از نظر جنسیت مختلط بوده تحصیلات آنها در مقطع ابتدایی تا متوسطه و شرایط سنی آنها ۴۵ -۱۸ سال است. توسط دو درمانگر، یک روانپزشک و یک روان پرستار آموزش دیده و دارای مجوز در CBT و بالاخص ایفای نقش و سابقه پژوهش و آموزش متعدد در نقش گذاری روانی، و یک کمک درمانگر هدایت شد. گروه آزمایش ۱۶ نفر آنها متاهل و ۱۵ نفر مجرد هستند . ۱۰ نفر بی سواد، ۷ نفر ابتدائی، ۹ نفر راهنمایی، و متوسطه ۵ نفر و ۱۴ بیکار ۶ شاغل و ۱۰ خانه دار می باشند. در گروه کنترل ۱۵ نفر متاهل و ۱۵ مجردند. و ۱۵ نفر بیکار، ۷ نفر شاغل و ۹ نفر خانه دارند. از هر دو گروه بیماران دو قطبی نوع ۱ و ۲ و خانواده آنان دعوت بعمل آمد تا در اتاق کنفرانس بخش اعصاب و روان حضور یابند. اهداف و مراحل درمان برای آنها به تفصیل توضیح داده شد. شرکت کنندگان با مقیاس مانیا و بک مورد ارزیابی قرار گرفتند و افراد با نمرات بالا در تست یانگ و نمرات بالا در تست بک از یکدیگر جدا شدند سپس هر کدام از گروهها به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. سپس برای هر دو گروه ۱۰ جلسه درمان شناختی – رفتاری به شیوه گروهی مبتنی بر ایفای نقش انجام شد و تغییرات نمرات آنها با گروه کنترل خود مورد مقایسه قرار گرفت. جلسات درمانی حدود ۲/۵ ماه بطول انجامید. برای نمونه ها با تشخیص افسردگی یک جلسه در هفته و نمونه ها با مانیای بارز با دو جلسه در هفته برگزار گردید. مدت هرجلسه ۲ ساعت بود. طبق عقیده صاحب نظران بهتر است مدت هر جلسه دو ساعت باشد دو جلسه آموزشی روانشناختی تشکیل می شود و این دو جلسه از خانواده بیماران دعوت می شود تا به اطلاعات ارائه شده در جلسه گوش کرده و در جلسه پرسش و پاسخ شرکت کنند. به دلیل پیچیدگی اختلال دوقطبی تعداد افراد گروه در این اختلال باید کمتر از تعداد افراد گروه در گروه های متشکل از افراد افسرده باشد یعنی در حدود ۷ تا ۱۰ نفر بعلت نوسانهای خلقی درمانگران باید فرصت کافی برای کار و مورد بازبینی و نظارت قرار دادن همه افراد گروه داشته باشند. این کار در گروه های بیش از ۱۰ نفر امکان پذیر نبوده و واقع بینانه نیست (مایکنبام، ۱۹۹۹).

و در پایان از هر دو گروه با دوره اخیر مانیا و دوره اخیر افسردگی برای مراجعه دعوت بعمل آمد و پس آزمون از گروه های آزمایش و کنترل اجرا شد. و پس از پایان مدت مقرر برای رعایت جنبه اخلاقی ۲-۱ جلسه درمانی هم برای گروهان گواه انجام شد.

راهنمای مقیاس یانگ (YMRS) برای مشخص ساختن نشانه های اختلال شیدایی و شدت این نشانه ها که در سال ۱۹۷۸ توسط یانگ و بیگز، سیگلر و میر ساخته شده است. فرم آن در یک مصاحبه ۱۵ دقیقه ای تا نیم ساعته تکمیل می شود. این مقیا.س یازده آیتم دارد که مربوط به خلق، فعالیتها، تمایلات جنسی، خواب و تکلم، تحریک پذیری، محتوی تفکر، توجه و تمرکز و رفتارها، و بینش است که هدف هر یک تعیین شدت آن نا هنجاری در بیمار است. پایایی آن از همسانی درونی بوسیله مقایسه نمرات دو آزمایشگر مستقل طی مصاحبه مشترک به دست آمده، همبستگی کلی ۰/۹۳ بوده و حداقل همبستگی آن ۰/۶۶ است. پایایی ایرانی آن در پژوهش شفیعی و همکاران (۱۳۸۲) با ضریب آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۶۴ بدست آمد همبستگی درونی و همبستگی هر مورد آن با نمره کل محاسبه شد. برای اعتبار آن همبستگی میان نمرات این مقیاس با مقیاس شیدایی گلوبال، مقیاس شیدایی بیگل و مقیاس پترسون[1] مورد ارزیابی قرار گرفت که حاکی از اعتبار همزمان بود [۱۰].

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) شکل بازنگری شده پرسشنامه بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، براون و استیر[1] ۲۰۰۰). فرم تجدید نظر شده پرسشنامه افسردگی بک در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM - IV همخوان است. علاوه بر آن ویرایش دوم این پرسشنامه ۱، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می دهند. این پرسشنامه همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده است. مطالعات روانسنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می دهد که از اعتبار روایی مطلوبی برخوردار است و بطور کلی این پرسشنامه جانشین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می شود. بک[2]، استیر[3] و براون[4] (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده اند [۱۱].
همچنین دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یکهفته را ۰/۹۳ به دست آورده اند [۱۲].
در یک بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبائی که جهت بررسی اعتبار و روایی BDI-II بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت. نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی ها فاصله دو هفته ۰/۷۳ بود (غرایی ۱۳۸۲) [۱۳].
روش درمانی بیشتر برگرفته شده از روش مایکنبام و درمان شناختی – رفتاری الیس و بک است [۵].
در جلسه اول معرفی، پرسش و پاسخ، مروری بر پروتکل درمانی ارائه ابعاد و اهداف و راهبردهای شناختی-رفتاری و قواعد گروه درمانی شناختی-رفتاری، تشریح اختلال دوقطبی و مانیا، مطرح کردن درمانهای مختلف و دارو، آثار و پیامدها و تأثیر بر فرد و خانواده و مروری بر داروها می باشد و در جلسه دوم علایم شیدایی، افکار، احساسات و رفتار توسط ایفای نقش. شناخت چرخه های خلقی و حذف تحریکات محیطی بررسی گردید. جلسه سوم بررسی مشکلات و بدکاریهای ناشی از افکار، افکار افراطی مثبت و منفی و افکار تحریف شده، جلسه چهارم ایفای نقش عقلانی هیجانی و ارتباط با بخش منطقی و هیجانی ذهن جلسه پنجم ایفای نقش دو جنبه فکر، اصلاح فکر منفی و چالش این افکار جلسه ششم کاهش هیجانات منفی با حل مسئله و جایگزین کردن افکار منطقی در بروز رفتارهای نادرست جلسه هفتم کنترل افکار و تصورهای ناکارامد و مخرب با استفاده از تکنیک توقف فکر و توجه برگردانی برای پی بردن به افکار، رفتار و هیجان جلسه هشتم بازسازی شناختی و جایگزین کردن اعمال مثبت و رشد یابنده با نقش گذاری و سرمشق دهی جلسه نهم شناخت موقعیتهای محرک و استرس زا و ایمن سازی. افزایش مهارت های مقابله ای و پرداختن به محرکهای استرس زا و خودآموزی با خودگویی ها با تمرین و نقش گذاری جلسه دهم: کاهش برانگیختگی با مداخلات رفتاری، آموزش آرمیدگی ، کنترل تنفس و جسارت آموزی است.
در جلسات درمانی افسردگی: جلسه اول معرفی، پرسش و پاسخ، مروری بر پروتکل درمانی، ارائه ابعاد و اهداف و راهبردهای شناختی- رفتاری و قواعد گروه درمانی شناختی- رفتاری، تشریح اختلال دوقطبی و افسردگی، مطرح کردن درمانهای مختلف و دارو، آثار و پیامدها و تأثیر بر فرد و خانواده و مروری بر داروها می باشد. جلسه دوم بررسی علایم افسردگی، افکار، احساسات و رفتار توسط ایفای نقش. شناخت چرخه های خلقی و شناخت باورها و نگرش ها، جلسه سوم بررسی مشکلات و بدکاریهای ناشی از افکار، با استفاده از نقش گذاری بررسی ویژگی افکار افراطی منفی و افکار تحریف شده، جلسه چهارم ایفای نقش عقلانی هیجانی و ارتباط با بخش منطقی و هیجانی ذهن، جلسه پنجم ایفای نقش دو جنبه فکر، اصلاح فکر منفی و چالش این افکار جلسه ششم کاهش هیجانات منفی با حل مسئله و جایگزین کردن افکار منطقی در بروز رفتارهای نادرست، جلسه هفتم کنترل افکار و تصورهای ناکارامد و مخرب با استفاده از تکنیک توقف فکر و توجه برگردانی برای پی بردن به افکار، رفتار و هیجان، جلسه هشتم بازسازی شناختی و جایگزین کردن اعمال مثبت و رشد یابنده با نقش گذاری و سرمشق دهی جلسه نهم شناخت موقعیتهای محرک و

2- Beck
3-Sateer Brown
4 -Brown

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

استرس زا و ایمن سازی. افزایش مهارتهای مقابله ای و پرداختن به محرکهای استرس زا و خودآموزی با خودگویی ها با تمرین و نقش گذاری جلسه دهم: کاهش برانگیختگی با مداخلات رفتاری، آموزش آرمیدگی، کنترل تنفس و جسارت آموزی می باشد.

داده ها در دو سطح توصیفی و تحلیلی مورد بررسی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده ها نخست با استفاده از جداول، میانگین و انحراف استاندارد نمرات دو گروه، ویژگی های افراد مورد توصیف قرار گرفته و سپس برای بررسی فرضیه ها از آزمونT مقایسه میانگین دو گروه همبسته به کمک نرم افزار SPSS ۲۰ استفاده گردید.

یافته ها

به کمک نرم افزار آماری SPSS برای آزمودن هر رابطه یک مقدار خروجی به نام p-value که همان p– مقدار یا احتمال معنی داری می باشد به دست می آید. برای هر آزمون باید دقت خاصی را مد نظر قرار دهیم که به آن دقت آزمون می گویند و آنرا با α- ۱ نشان می دهند. در این پژوهش مقدار دقت آزمون ۹۵٪ در نظر گرفته شده است. حال اگر مقدار p-value کوچکتر از ۰/۰۵ باشد با دقت ۹۵٪ می توان فرض صفر را که معمولا عدم وجود رابطه بین دو متغیر است را رد کرد. (تاثیرگذاری دو متغیر بر هم را پذیرفت).

برای از بین بردن شبهه تاثیر عواملی غیر از اثر دوره مذکور بر بیماران، از یک گروه از داده ها به نام گروه کنترل استفاده کرده ایم. در واقع گروه کنترل در ابتدا دارای ویژگیهای یکسانی با داده های آزمایش می باشد با این تفاوت که دوره درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ایفای نقش تنها بروی داده های آزمایش انجام شده و داده های گروه کنترل تحت درمان مذکور قرار نگرفته اند. بنابراین برای رفع شبهه مزبور لازم است ابتدا برابری میانگین شاخص مربوطه، قبل از سپری شدن زمان، و بعد از سپری شدن زمان اجرای دوره را آزمون کرده و در صورت بلاثر بودن زمان سپری شده و عدم وجود اختلاف معنی دار بین داده های قبل و داده های بعد می توان آزمون اصلی را که در واقع تاثیر یا عدم تاثیر دوره شناختی رفتاری مبتنی بر ایفای نقش بر شاخص مربوطه است را آزمون کرد. با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف نرمال بودن گروه آزمایش و کنترل بررسی گردید .و در آزمون برابری میانگین و واریانس داده های بیماران گروه مانیا و افسرده را به کمک آزمون t دو جامعه مستقل مورد بررسی قرار داده و فرض برابری واریانس و میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان مانیا و افسردگی در سطح ۹۵٪ پذیرفته شد.

و یکسان بودن میزان بیماری در دو گروه آزمایش و کنترل حاصل گردید. با توجه به داده های بدست آمده مشخص می گردد جنسیت بر میزان تاثیر پذیری و بهبودی مانیا تاثیر معنی داری نداشته ولی بر افسردگی تاثیر داشته و از آنجاییکه میانگین اختلاف دو داده قبل و بعد درمان در زنان بالاتر است می توان با دقت ۰/۹۵فرضیه زنان تاثیر پذیری بهتری از مردان در این روش درمان دارند را برای بیماران فاز افسردگی پذیرفت. و با توجه به p-value های بدست آمده مشخص می گردد وضعیت تاهل بر میزان شاخص های مانیا و افسردگی تاثیر معنی داری ندارد. مقدار p-value در هر دو مورد مانیا و افسردگی کوچکتر از ۰/۰۵ نمی باشد، فرض بی اثری متغیر میزان تحصیلات بر شاخص مانیا و افسردگی رد نمی شود بنابراین با دقت ۹۵٪ بین میزان تحصیلات و آموزش پذیری (بهبود) در هر دو مقوله مانیا و افسردگی رابطه معنی داری وجود ندارد.

از آنجایی که در بیماران دوقطبی دو شاخص مانیا و افسردگی مورد توجه می باشند فرضیه اصلی را در قالب دو زیر فرضیه زیر بیان کرده و به صورت مجزا فرضیات مزبور را مورد آزمون قرار می دهیم. با توجه به درجه آزادی ۱۵ و آماره تی t ۰/۷۲۳ فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت شاخص مانیا قبل و بعد از گذشت زمان در گروه کنترل با احتمال خطای ۰/۰۵ و فرضیه پژوهشی تایید می گردد. و با درجه آزادی۱۶و آماره تی t ۷/۸۳ فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت شاخص مانیا قبل و بعد از گذشت زمان در گروه آزمایش با احتمال خطای ۰/۰۵ و فرضیه پژوهشی تایید می گردد. و با توجه به درجه آزادی ۱۳ و آماره تی ۱/۴۹ فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت شاخص افسردگی قبل و بعد از گذشت زمان در گروه کنترل با احتمال خطای ۰/۰۵ و فرضیه پژوهشی تایید می گردد. و با درجه آزادی۱۳و آماره تی۹/۱۷ فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت شاخص افسردگی قبل و بعد از گذشت زمان

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

جدول۱: آزمون تی زوجی در دو جامعه وابسته داده های شاهد در شاخص مانیا

	میانگین تغییرات	انحراف استاندارد	آمارهT	درجه آزادی	p-value
شاخص مانیا در پیش آزمون و پس آزمون بر روی گروه شاهد	۲/۴	۴/۳۲	۰/۷۲۳	۱۵	۰/۸۴۲

بنابراین اختلاف معنی داری بین داده های قبل و بعد از زمان دوره بروی داده های شاهد وجود ندارد.

جدول۱-۱: آزمون داده های گروه آزمایش در شاخص مانیا قبل و بعد از گذراندن دوره درمان

	میانگین تغییرات	انحراف استاندارد	آمارهT	درجه آزادی	p-value
شاخص مانیاقبل و بعد از گذراندن دوره درمان	۷/۴۵	۵/۸۳	۷/۸۳	۱۶	۰/۰۰۰

بنابراین اولین شق از فرضیه اصلی که همان موثر بودن دوره های درمانی شناختی مبتنی بر ایفای نقش بر شاخص مانیا در بیماران دو قطبی در سطح ۹۵٪ پذیرفته می شود.

جدول۲: آزمون گروه شاهد در شاخص افسردگی

	میانگین تغییرات	انحراف استاندارد	آمارهT	درجه آزادی	p-value
شاخص افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون بر روی گروه شاهد	۲/۱۹	۶/۳۱	۱/۴۹	۱۳	۰/۵۳۰

حال نتیجه آزمون بروی داده های گروه آزمایش به کمک آزمون t زوجی را به صورت زیر محاسبه می کنیم

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

جدول۲- ۱: آزمون گروه آزمایش در شاخص افسردگی قبل و بعد از گذراندن دوره درمان

		میانگین	انحراف استاندارد	آمارهT	درجه آزادی	p-value
شاخص افسردگی قبل و بعد از گذراندن دوره درمان		۷/۳۷	۴/۶۰۳	۹/۱۷	۱۳	۰/۰۰۰

بنابراین دومین شق از فرضیه اصلی که همان موثر بودن دوره های درمانی شناختی مبتنی بر ایفای نقش بر شاخص افسردگی در بیماران دو قطبی در سطح ۹۵٪ پذیرفته می شود.

جدول ۳: جدول وضعیت بیماران گروه شاهد

نوع بیماری	تعداد	میانگین	میانه	انحراف استاندارد	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
مانیا	۱۶	۱۶/۰۳	۱۵/۸۳	۱۲/۸۴	۱۲/۰۲	۲۶/۶۲
افسردگی	۱۴	۱۱/۶۲	۱۱/۰۶	۹/۹۳	۴/۹۳	۱۷/۵۷

جدول ۴: وضعیت بیماران گروه آزمایش بر حسب میزان نمره قبل از برگذاری دوره :

نوع بیماری	تعداد	میانگین	میانه	انحراف استاندارد	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
مانیا	۱۷	۲۰/۱۵	۱۹/۵۳	۱۳/۳۱	۱۲/۶۲	۲۹/۱۰
افسردگی	۱۴	۱۳/۹۳	۱۲/۵۱	۸/۹۲	۴/۸۳	۱۷/۳۷

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

جدول ۵: وضعیت بیماران گروه آزمایش بر حسب میزان نمره بعد از برگذاری دوره :

نوع بیماری	تعداد	میانگین	میانه	انحراف استاندارد	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
مانیا	۱۷	۱۲/۳۷	۱۱/۲۳	۱۰/۲۴	۸/۷۱	۱۸/۲۷
افسردگی	۱۴	۷/۶۹	۷/۵۶	۹/۷۶	۲/۸۰	۱۳/۷۶

در گروه آزمایش با احتمال خطای ۰/۰۵ و فرضیه پژوهشی تایید می گردد. با توجه به مقدار p-value و به لحاظ کوچکتر نبودن آن از ۰/۰۵ برابری میانگین شاخص افسردگی قبل و بعد از گذشت زمان در گروه کنترل در سطح ۹۵٪ رد نمی شود. ولی در گروه آزملیش به لحاظ کوچکتر بودن آن از ۰/۰۵ در سطح ۹۵٪ رد می شود. فرضیه های اصلی که بیانگر موثر بودن درمانهای شناختی رفتاری مبتنی بر ایفای نقش در درمان بیماران دوقطبی می باشد در سطح ۹۵٪ پذیرفته می باشد.

بحث

هدف کلی در این پژوهش درمان بیماران دوقطبی با شناخت درمانی مبتنی بر ایفای نقش است و با این پژوهش و مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ایفای نقش را بر بیماران با سابقه بستری در بخش اعصاب و روان شهرستان بجنورد که در بهبودی نسبی بوده و هر دو گروه تحت درمان دارویی بوده بررسی نموده ایم. نتایج تحلیل نشان می دهد بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه بعد از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ایفای نقش، تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی اعمال متغیر مستقل موجب کاهش تکانشگری و بهبود خلقیات و ظاهر و تفکر، نشانه های عاطفی، شناختی و جسمانی در بیماران دوقطبی شده است.

نتایج با پژوهش مسعودی و همکارانش (۱۳۸۷)، [۱۴] . و راشدی و همکاران (۱۳۹۰)، [۱۵]. امینی و همکاران (۱۳۸۸)[۱۶]. و قریشی زاده، رنجبر و پزشکی (۱۳۸۸)، همسو است [۳]. این پژوهش ها تاثیر درمانهای شناختی رفتاری را در کاهش بی قراری ، آشفتگی و رفتارهای تکانشی تایید کرده اند. رفتارهای تکانشی می تواند موقعیتهای خطرناک را برای این بیماران ایجاد کند که آگاهانه نباشد. و داشتن افکار و تکانه های افراطی می تواند زمینه رفتارهای خودآسیب رسان، رفتار نادرست با دیگران و تکانه های آنی و به کارکردهای نادرست منجر شوند. در درمان شناختی در مورد این افکار و تکانه ها به بحث و بررسی پرداخته می شود. و درمورد مشکلات ناشی از این افکار و رفتار گفت و گو می شود. و در نقش گذاری روانی حالتهایی از این تکانشگری ها متناسب با تجربه بیماران بطور ایفای نقش اجرا می شود. و بیماران به این نتیجه خواهند رسید که این افکار و رفتارها قابل پیشگیری هستند و می توان راهبردهای شناختی را همراه با راهبردهای رفتاری برای مقابله با آنها به کار گرفت. اگر فرد نتواند این حالات را تشخیص دهد چرخه های شیدایی وی شدت می یابد (باسکو و راش ۱۹۹۶) [۱۷]. در طی آموزشی که به بیماران برای شناسایی تغییرهای خلقی مثبت و منفی انجام گردید . خلق افسرده، ترس و اضطراب و افکار خودکشی کاهش چشمگیر داشت. خلق با

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

غمگینی، عصبانیت، کلافگی، ترس، احساس گناه و شرمساری، یا سرخوشی، حالت نشئه و اعتماد به نفس بالا باشد، افکار و تفسیرهای مختلف از رویداد می تواند منجر به خلقیات مختلف در همان موقعیت شود و از آنجایی که خلق ها اغلب ناگوار و دردناک هستند ممکن است منجر به رفتاری با تبعات خاص خود شوند بنابر این لازم است این افکار و واکنشهای مربوط به آن شناسایی شود و با ایفای نقش نحوه درست تعبیر این افکار آموخته شود. و به کمک افکار، خلقی که در موقعیتی خاص تجربه می شود را ایفا کرد. شناخت درمانی کمک می کند تا تمام اطلاعات موجود را مدنظر قرار بدهیم. توسط افکار می توانیم خلقیات را تعریف و مدیریت کنیم. اگرخلقیات تشخیص داده شود شخص قادر خواهد بود واکنشهایی را انتخاب کند که برای تعدیل هر یک از خلقیات طراحی شده اند. با نقش گذاری روانی بخش هایی از تجربه های بیماران که نیاز به تغییر دارد شناسایی می شود. نشانه های عاطفی شامل غمگینی، نارضایتی، احساس گناه، بیزاری از خود، گریستن و بیقراری، کناره گیری اجتماعی و تحریک پذیری است. افراد هر یک از این نشانه های عاطفی را که خود تجربه کرده، آن را به نمایش گذاشتند که باعث شناسایی و تمیز این احساسات شده و افراد به موقعیتهایی که دچار این حالتها شده توجه نمودند. نتایج این تحلیل نشان می دهد بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه بعد از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ایفای نقش تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش با یافته های خدایاری فرد، عابدینی (۱۳۸۶)، همسو است [۶].

لذا می توان گفت که در این پژوهش درمان شناختی رفتاری بر بهبود نشانه های شناختی افسردگی موثر بوده است. نشانه های شناختی در افسردگی؛ بدبینی، نارضایتی، احساس گناه، بیزاری از خود، گریستن و بیقراری، کناره گیری اجتماعی و تحریک پذیری است. رابطه بین فکر، خلق و رفتار شناسایی گردید و تجربیات صحیح جایگزین شد. نشانه های جسمانی کم توانی، تغییر در خواب، خستگی پذیری، کاهش اشتها و کاهش میل جنسی است. رابطه بین افکار و رفتار و واکنشهای جسمی بررسی گردید. نتایج پژوهش با یافته های بلاک[1] و همکارانش (۲۰۰۶) [۱۸]. راشدی و همکارانش (۱۳۹۰)، همسو می باشد [۱۵].

در تحقیق انجام شده مشخص گردید که درمان مبتنی بر ایفای نقش در کاهش مانیا و افسردگی تفاوت آماری معنی داری داشته است ($p<0/05$). و میانگین تغییرات در شاخص مانیا بعد از دوره درمان (۷/۴۵) و در سطح ۹۵٪ پذیرفته می شود. و در شاخص افسردگی بعد از دوره درمان با میانگین (۷/۳۷) در سطح ۹۵٪ پذیرفته می شود. در پژوهشی مشابه که توسط مین پارک و همکارانش سال ۲۰۱۲ تحت عنوان کارآزمایی بالینی در کاربرد واقعیت مجازی با نقش گذاری روانی در آموزش مهارتهای اجتماعی بیماران اسکیزوفرن در کره انجام شد مطرح شده که واقعیت مجازی می تواند توانایی انگیزشی و ذهنی را بالا ببرد و در افزایش مهارتهای اجتماعی موثر باشد. شناخت درمانی با ایفای نقش عملکرد و صلاحیت اجتماعی را افزایش و اختلال روانی را بطور قابل ملاحظه ای کاهش می دهد [۱۹]. بویژه در پژوهشی تحت عنوان ویژگیهای روانسنجی نقش گذاری در ارزیابی مهارتهای اجتماعی در اسکیزوفرنیا که توسط بلاک و همکارانش درایالت مریلند آمریکا در ۲۰۰۶ انجام گردید به این نتیجه رسیدند که پرکاربردترین راهکارهای ارزیابی برای سنجش مهارتهای اجتماعی ارزیابی با آزمونهای نقش گذاری است. تعاملات اجتماعی مشابه که بصورت نوار ویدئو ارائه شده و با " تست رول پلی مریلند" مورد سنجش قرار گرفت [۱۸]. ساکوما و همکارانش در سال ۲۰۱۲ در ژاپن پژوهشی تحت عنوان رشد مهارتهای اجتماعی با مراقبت روزانه طی ۶ ماه در درمان بیماران اسکیزوفرن انجام دادند، از ایفای نقش، تقلید موقعیتهای واقعی زندگی استفاده کردند [۲۰]. در پژوهشی که توسط اتومیشل[2] و هارینگتون[3] و ساچز[4] در ماساچوست در سال ۲۰۰۶ تحت عنوان راهکارهای شناخت درمانی و روانی آموزشی در مدیریت اختلال دوقطبی انجام گردید محققان به این نتیجه رسیدند که علاوه بر درمانهای دارویی این بیماران برای تثبیت خلق در

1 -Bollack
2 -Otto
3- Harrington
4 -Sachs

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

زمان طولانی تر به راهکارهای درمانی دیگری نیاز دارند [۲۱] . پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در جلوگیری از عود اختلال دوقطبی، در بیمارستان امام حسین (ع) تهران سال ۹۰ توسط راشدی و سهرابی و شمس انجام گردید. گروه آزمایش در علایم افسردگی و اضطراب کاهش قابل توجهی نشان داد. و افزودن درمان شناختی رفتاری به درمان دارویی و بهبود علایم در بیماران دوقطبی منجر گردید [۱۵].

محدودیتهای پژوهش؛ عدم وجود تحقیقات مشابه در کشور، البته در سالهای اخیر موارد محدود در خارج از کشور اجرا گردیده از مهمترین محدودیتهای این پژوهش است. که امکان مقایسه نتایج این پژوهش با نتایج مشابه در داخل کشور را امکان پذیر نکرد.

تاثیر عوامل محیطی و جغرافیایی در این پژوهش و عود های مکرر و هیجانات متفاوت بیماران از محدودیتهای مهم درمان شناختی رفتاری بود. دیگر محدودیت این تحقیق مسائل موجود در مورد گردآوری آزمودنیها در یک مکان و زمان مناسب برای درمان برنامه آموزشی بود. با ایفای نقش موارد پیچیده تر قابل اجرا نبود. کنترلی دقیق برای تحت نظر گرفتن بیماران برای انجام تکالیف منزل وجود نداشت. با توجه به این که یافته های تحقیق حاضر حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری با ایفای نقش بر درمان بیماران دوقطبی است و با توجه به اینکه اختلال دو قطبی باعث اختلال در زمینه های مختلف مهارتهای فردی، شغلی و اجتماعی می شود و معضلاتی را برای خانواده و جامعه ایجاد می کند پیشنهاد می گردد:

۱- در سیاست کلی بهداشت و درمان کشور درمانهای ترکیبی و روان درمانی به غیر از درمانهای دارویی وفیزیولوژیکی برای این بیماران و خانواده درمانی و گروه درمانی و زوج درمانی برای کنترل محیط و کاهش دوره های خلقی در نظر گرفته شود.

۲- روانشناسان شاغل در مراکز درمانی مربوط به این بیماران در خصوص درمانهای شناختی و رفتاری، و تکنیک های مختلف شناختی – رفتاری آموزش ببینند.

۳- خانواده این بیماران را در امر درمان های روانشناختی مداخله کنند و آموزش داده شوند. و امکانات لازم در این خصوص فراهم گردد.

پیشنهاد ها برای تحقیقات پژوهش های آینده

۱- اثر بخشی درمانهای شناختی – رفتاری در تحقیقات آینده نگر برای کاهش عود اختلال دوقطبی صورت گیرد.

۲- تحقیق حاضر فقط در مورد درمان بیماران دوقطبی اجرا شده پیشنهاد می گردد در مورد سایر بیماران روانی من جمله بیماران اسکیزوفرنی نیز بکار برده شود و باعث ارتقاء مهارتهای ارتباطی و اجتماعی و سازگاری این بیماران گردید.

۳- اثربخشی درمانهای شناختی رفتاری مبتنی بر ایفای نقش بر سایر متغیرهای وابسته مثل اضطراب و استرس و خودکشی و اختلالات شخصیت مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان دادند در سطح معنی داری ۹۵٪ بین میانگین های گروه آزمایش قبل و پس از آموزش در بیماران دارای اختلال مانیا تفاوت معنی داری وجود دارد ($p< ۰/۰۰۰$) درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ایفای نقش در درمان بیماران دوقطبی موثر بوده و اختلاف معناداری در گروه آزمایش و کنترل داشته و قابل تعمیم به جامعه است. در این پژوهش درمان شناختی – رفتاری بر علایم مانیا مثل بهبود خلقیات، تکانشگری، بهبود ظاهر و تفکر و علایم افسردگی در بهبود نشانه های شناختی، عاطفی و جسمانی موثر بوده است.

تشکر و قدردانی

از ریاست محترم بیمارستان امام رضا (ع) و معاونت محترم پژوهش جناب آقای دکتر حجت و جناب دکتر بیاتی، متخصص اعصاب و روان شاغل در بخش اعصاب و روان بیمارستان امام رضا(ع) که در این امر مرا یاری نمودند تشکر می نمایم. مقاله اقتباس از پایان نامه با کد ۲۳۹۲۰۷۰۱۹۱۲۰۰۲ می باشد. مجوزشروع کار در بخش اعصاب و روان طبق نامه با شماره ۹۱/۱۱۲/۳۴۸۱ از ریاست بیمارستان دکتر جعفری در تاریخ ۹۱/۶/۱ اخذ گردید.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

References

1. Sadock BJ, Sadock V, Synopsis of psychiatry: behavioral sciences clinical psychiatry.translat: Purafkary N, 1 Tehran: ayandesazan shahreab: 1382, 689
2. Bielling PJ,Mecabe RE,Antony MM, Cognitive behavioral therapy in group. Translate: Khodayarifard M. Abedini Y,Tehran: 1389, 618
3. Ghoraishizade MA, Ranjbar F, Pezeshki MZ, The causes risk of recurrence in Bipolar disorder1 and to connection that with demographic characteristics, Jurnal of Tabriz university of medical Sciences 1388;189: 166-172
4. Ghahary SH,Challenging of skill in Cognitive therapy, Tehran: nashreghatreh, 1387,191
5. Corey, G,Theory and practice of Counseling & Psychotherapy, translate : Mohammadi ,Y, Tehran Arasbaran 1389 , 553
6. Khodayarifard M, Abedini Y,Cognitive - behavioral therapy of bipolar Depression disorders (Manic - Depressive): Case - study,Journal of Psychology & Educational Science 1386;138-121:(3)37
7. Hollon, S.D., Thase, M.E., & Markowitz, J.C.(2002). treatment and prevention of depression. Psychological Science, 3(2), 39-40
8. Williams, CH.(2001). A response to a case of lacanian psychosis: a cognitive behaviour therapy perspective. Europian Journal of Psychotherapy, Counselling and Health,
4(2), 215-224.
9. Sotodeh Asl N,Behnam B, Ghorbani R, Effects of cognitive therapy, drug therapy and combined therapy in improvement of major depression,Khoomesh 1390;119-114(1-41)13
10.Young RC ,Biggs JT, zieglerve , meyer DA, A Rating scal for mania: Reliability validity and sensitivity , Brit J psychiat 1978;133,429,35
11.Beck AT, Sateer RA, Brown GK, manual for the Bock Depression Inventory ∏, san Antonio, T90: psycholosical coporation 2000
22.
12. Dabsoun K,Mohammadkhani P.The Beck Depression Inventory-II in patients with major Depression in partial Recovery,Quarterly Journal of Rehabilitation 1386;8(290) 80-86
13. Mahmoudi Gharaei J, Alaghband-rad J, Asalani A, The Educate Operation of Teens with Bipolar disorder-I & Effect of Simultaneous other Psychiatric disorders, new Cognitive Science 1384;(4) 22
14.Masoudi SH, Tabatabaei SM, Modarres Charavi M, Ghnbari Hashemabadi B, The effect of cognitive behavioral group therapy on bipolar disorder type I,Journal of Fundamentals of mental health,2009;289-298(40)
15.Rashedi A,Sohrabi F,Shams J,The efficacy cognitive behavior therapy in relaps prevention of bipolar disorder. Scientific research of Shahed university 1389;5: 22-35
16.Amini H, Sharifi V,One Year Follow-up of Patients with Bipolar Disorder Admitted to Roozbeh Hospitaliranian journal of Psychiatryand clinical psychology,2009;174-168(2)
17.Basco ,MR, Rush AJ .(2007).cognitive Behavioral therapy for Bipolar disorder second Edition newyork : Guiford press 100-200
18.Bollack AS, Brown CH ,Lohrman ST, Phychometric characteristics of Role – play assessments of social skill in schizophrenia, Science Direct.Bchavior Therapy 2006;339-352
19.Park KM, choish J, jang Hj , park JY ,Avivtual reality application in vole – plays of social skills training for schizophrenia Arandomized control Dtrial ,journal of psychiatry research 2011; 189: 166-172
20.Sakuma H ,miyamoto Y, yamamoto Y,miura S, niwa SI, Improvement in social skills in patients with schizophrenia following 6 months of day – care trratment .open journal of psychiatry 2012; 2,347-354
21.Otto MW, Harrington NR,Sachs GS .Psychoeducatinal and cognitive-behavioral atrategies in the management of bipolar disorder,doi.2002;1(10); 101-165

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

Original Article

determine the efficacy of cognitive – behavior therapy Group with role- playing in patients with bipolar disorder

Arki M[1], Abasi Esfajir AA[2], Naderi H[3]

[1]MS Clinical Psychology, Islamic Azad university,Branch of Ayatollah Amoli,Iran
[2]Phd Social Research, Islamic Azad university,Branch of Ayatollah Amoli, Iran.
[3]Phd, Education Psychology, Mazandaran university, Iran

***Corresponding Author:**
Islamic Azad university,Branch of Ayatollah Amoli,Iran
Emeil: mina_argi@yahoo.com

Abstract

Background & Objectives: *Bipolar disorder is one of the major mental disease and important cause for to confined (hospitalization).As necessary to gain information about methods treatment for obtain treatment and prevention relapse in particular cognitive behavior therapy group with different techniques*

Material & Methods*: This research is a descriptive and analytic study that is experimental with pretest and post-test and control group . samples according to the clinical and diagnostic interview partially structured for DSM-IV Axis I had a clinical diagnosis of manic depressive psychosis . (N:61) The patients selected by high score in mania and depression scale . the experimental group received 10 treatment sessions. the group were under the drug therapy. The post-test performed after therapeutic intervention, data analysis was by SPSS , 20soft ware.*

Result *: out comes have indicated that after intervention significantly differed between experimental and control groups .(p-value <0.05)*

Conclusions *: Cognitive – behavior therapy group with Role-playing in treatment of Mania and Depression (BMD) is effective.*

Keywords*:Role – playing ,Cognitive- behavior therapy Group ,Bipolar,Mania, Depression*

Submitted:24 Sep 2013
Revised:26 Oct 2013
Accepted:6 Nov 2013

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]