

# گزارش موردی از شناخت - رفتار درمانگری اختلال افسردگی دو قطبی

(مانیک - دپرسیو)

دکتر محمد خدایاری فرد

روانشناس بالینی کودک و دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

یاسمین عابدینی

استادیار دانشگاه اصفهان

## چکیده

اختلال افسردگی دو قطبی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی و از جمله علل مهم خودکشی‌ها است. افراد مبتلا به این اختلال دوره‌های شدید شیدایی و افسردگی خواهند داشت. با توجه به ماهیت عودکننده اختلال افسردگی دو قطبی نه تنها بسیار مهم است که به درمان دوره‌های حاد پرداخت بلکه باید از عودت و بازگشت اختلال و شروع دوره‌های بعدی پیشگیری کرد. اگرچه استفاده از داروهای ضد افسردگی و درمان با تشنج برقی، منجر به درمان کوتاه مدت این اختلال می‌شود اما شواهد نشان می‌دهند که پس از قطع دارو، نشانگان اختلال مجدداً بازگشت پیدا می‌کند. از طرفی درمان با تشنج برقی نیز دارای اثرات نامطلوبی روی حافظه و شناخت بیماران است. لذا متخصصان بالینی و پژوهشگران علاقمند به طراحی و توسعه شیوه‌های مختلف روان‌درمانگری برای درمان این اختلال شده‌اند. از طرفی نتایج مطالعات اخیر نشان داده‌اند که شناخت - رفتار درمانگری، درمان کارآمدی برای اختلالات خلقی از جمله اختلال افسردگی دو قطبی است که نه تنها ناراحتی‌های حاد را کاهش می‌دهد بلکه خطر بازگشت نشانگان اختلال را از بین می‌برد. لذا در پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی فنون شناخت - رفتار درمانگری توأم با دارودرمانی در درمان اختلال افسردگی دو قطبی، دو آزمودنی بزرگسال مبتلا به این اختلال (یک مرد و یک زن) با استفاده از روش شناخت - رفتار درمانگری توأم با دارودرمانی مورد مطالعه و درمان قرار گرفتند. در این روش از فنونی چون خودبازبینی، سرمشق دهی، مثبت نگری، تنش‌زدایی، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی استفاده شده است. **نتایج** نشان‌دهنده کارایی بالای این روش درمانی در درمان و پیشگیری از عودت نشانگان اختلال دو قطبی است. هم‌سویی این نتایج با نتایج پژوهش‌های قبلی نیز به تفصیل مورد بحث واقع شده است.

واژگان کلیدی: اختلالات خلقی، اختلال دوقطبی، افسردگی، شیدایی، شناخت-رفتاردرمانگری، مطالعه موردی.

اختلالات دو قطبی<sup>۱</sup> شامل اختلال دوقطبی نوع I، اختلال دوقطبی نوع II، خلق ادواری و اختلال دوقطبی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است می‌باشد. در اختلال دو قطبی نوع I، بیماران دارای نشانه‌های کامل شیدایی یا دوره‌های آمیخته هستند، در حالی که در اختلال دو قطبی نوع II و بر خلاف افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I بیماران فقط دوره‌های شیدایی خفیفی را دارا هستند و یک دوره افسردگی اساسی<sup>۲</sup> را تجربه می‌کنند (بارلو،<sup>۳</sup> ۲۰۰۱). اختلال دو قطبی نوع II یا دوره‌های افسردگی اساسی عودکننده همراه با دوره‌های هیپومانیک با میزان شیوع ۰/۵ درصد در جامعه یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است. ویژگی‌های مهم اختلال افسردگی دوقطبی شامل بی‌نظمی‌های شدید عاطفی و نوسان در حالات خلقی از افسردگی شدید به شیدایی شدید است. معمولاً این اختلال با ارتکاب به خودکشی همراه است و به فرار از مدرسه، شکست تحصیلی، شکست شغلی و طلاق در افراد مبتلا به آن منتهی می‌شود (گودوین و جارنسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰؛ نقل از زارتسکی، سیگال و جیمار<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹).

اگرچه شناخت و دانش ما درباره اختلال افسردگی - شیدایی رو به افزایش است اما پژوهش در زمینه درمان افسردگی دو قطبی بسیار محدود است. به علاوه، هر چند که درمان‌های دارویی<sup>۶</sup>، درمان‌های معمول برای این اختلال هستند، اما تقریباً تمام

---

1 . bipolar disorders

2 . major depression

3 . Barlow

4 . Goodwin & Jarnison

5 . Zaretsky, Segal & Gemar

6 . drug therapy

درمان‌های دارویی دارای محدودیت هستند. برای مثال، با این که مشاهده شده است درمان با لیتیوم<sup>۱</sup> موجب می‌شود که خطر خودکشی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی به ۱/۶ کاهش یابد (تاندول، جامیسون و بالدسارینی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷) اما در طولانی مدت لیتیوم فقط ۱/۲ از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را در برابر خطر بازگشت بیماری محافظت می‌کند. حتی در شرایط بهینه نشانگان اختلال در این بیماران پس از ۲ سال بازگشت می‌کند (گلدبرگ، هارو و گراسمن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵)، بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی دوقطبی نسبت به لیتیوم و سایر داروها مقاوم می‌باشند (کالابرس و پاست<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹، به نقل از ویلیامز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱) و برخی نمی‌توانند اثرات جانبی داروها را تحمل کنند (کتلر و پاست<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴، به نقل از جوفی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). همچنین مشاهده شده است که درمان با لیتیوم بیشتر باعث کاهش در شیدایی بیماران می‌شود تا کاهش افسردگی آنان. از سویی استفاده از داروهای ضد افسردگی معمولاً منجر به بی‌ثباتی خلقی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌گردد (باودین<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۴) و درمان با تشنج تشنج برقی نیز اگرچه برای درمان اکثر افسردگی‌های شدید و مقاوم مؤثر است اما اثرات ناخواسته و نامطلوبی روی حافظه و شناخت بیماران دارد (هولون، دایس و مارکوویتز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲). از این رو، به تازگی پژوهشگران و متخصصان بالینی برای درمان اختلال دوقطبی

---

1. Lithium

2. Tondol, Jamison & Baldessarini

3. Goldberg, Harrow & Grossman

4. Calabrese & Post

5. Williams

6. Ketler & Post

7. Joffe

8. Bowden

9. Hollon, Thase & Markowitz

به رویکردهای مختلف روان درمانگری از جمله روان درمانگری مبتنی بر روان پویایی، روان درمانگری بین فردی و شناخت - رفتار درمانگری علاقمند شده‌اند. از دگرسو، نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که شناخت - رفتار درمانگری به تنهایی یا به صورت ترکیبی با دارودرمانی نسبت به دارو درمانی به تنهایی، درمان کارآمدتری برای اختلالات دوقطبی است و نه تنها می‌تواند ناراحتی‌های حاد را کاهش داده و درمان کند، بلکه از خطر بازگشت مجدد نشانگان اختلال و بازگشت بیماری در طولانی مدت و پس از قطع دارو جلوگیری می‌کند (کارولین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ هولون، دایس و مارکوویتز، ۲۰۰۲). همچنین اکثر پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه متمرکز بر بررسی کارایی فنون شناختی- رفتاری در درمان افسردگی یک قطبی بوده و تعداد کمی از مطالعات به ارزیابی سودمندی و اثربخشی شناخت- رفتار درمانگری در درمان افسردگی دوقطبی پرداخته‌اند. با توجه به آنچه گفته شد، هدف اساسی پژوهش حاضر آن است که گزارشی از دو مورد درمان موفقیت‌آمیز اختلال افسردگی دوقطبی با استفاده از فنون شناخت- رفتاردرمانگری توأم با دارودرمانی را ارائه کند.

### بررسی پیشینه پژوهش

نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که رویکرد درمانی شناختی - رفتاری نه تنها درمان کارآمدی برای اختلالات خلقی هستند بلکه منجر به ایجاد مهارت‌های پایداری در مراجع می‌شوند که احتمال عود بیماری را پس از درمان تقلیل می‌دهند (هولون و تسون، ۱۹۸۳) که در ادامه اشاره مختصری خواهیم داشت بر نتایج برخی از این مطالعات.

---

<sup>1</sup> . Carolyn

ویلیامز<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) با ارائه یک مدل شناختی- رفتاری برای ارزیابی و درمان اختلالات دوقطبی به ذکر یک گزارش موردی از درمان موفقیت‌آمیز یک بزرگسال مبتلا به اختلال افسردگی دوقطبی با استفاده از مدل شناختی- رفتاری خود پرداخته است. آزمودنی این پژوهش یک مورد ۴۳ ساله مبتلا به اختلال دوقطبی بوده است که با شرکت در ۳۸ جلسه هفتگی درمان شناختی- رفتاری به بهبودی رسیده و تا یک سال پس از قطع درمان هیچ نشانه‌ای از بازگشت اختلال در او مشاهده نگردیده است. این محقق در رویکرد شناختی- رفتاری خود یک ارزیابی پنج بخشی را برای اختلالات دوقطبی مطرح کرده است که عبارتند از: ۱) مشخص شدن موقعیت، شرایط، روابط و مشکلات عملی توسط مراجع؛ ۲) تفکر تأثیر گذارنده؛ ۳) احساسات تأثیر گذارنده؛ ۴) نشانگان فیزیکی تأثیر گذارنده، و ۵) رفتار تأثیر گذارنده.

هولون، دایس و مارکوویتز (۲۰۰۲) نیز در پژوهشی تحت عنوان درمان و پیشگیری از افسردگی، ضمن معرفی روش‌های مختلف درمانی کارآمد برای درمان افسردگی و اختلالات دو قطبی، دریافتند که شناخت- رفتار درمانگری به تنهایی یا به صورت ترکیبی و همراه دارودرمانی، کارآمدترین شیوه درمانی برای درمان و پیشگیری از عود نشانگان اختلال دوقطبی نوع I و نوع II در افراد مبتلا به این اختلالات می‌باشد.

### روش پژوهش

در این پژوهش دو آزمودنی بزرگسال (یک مرد و یک زن) که بر اساس نتایج مصاحبه بالینی، نظر روان‌پزشک، رجوع به پرونده پزشکی و در نظر گرفتن ملاک‌های تشخیصی (DSM-IV-TR) برای اختلالات دو قطبی، مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II بودند

---

1. Williams

مورد مطالعه قرار گرفتند. طی جلسات درمانی هر دو آزمودنی با استفاده از تکنیک ترکیبی شناخت- رفتار درمانگری توأم با دارودرمانی مورد درمان قرار گرفتند. همچنین پس از خاتمه و قطع جلسات درمانی آزمودنی‌ها تا دو سال مورد پیگیری پس از درمان بوده‌اند.

روش درمانی مورد استفاده در این پژوهش شناخت- رفتار درمانگری مبتنی بر فنون مطرح شده توسط بک<sup>۱</sup> (۱۹۶۴) می‌باشد. این شیوه درمانی برای اولین بار توسط بک (۱۹۵۲) مطرح و برای درمان افسردگی‌ها مورد استفاده قرار گرفت. در مدل شناختی بک (۱۹۶۴) در مورد افسردگی فرض شده است که سه نوع شناخت وجود دارد که عبارتند از: ۱) افکار خودکار، ۲) طرحواره‌ها (یا پیش فرض‌های تأثیرگذار) و ۳) تحریفات شناختی. طبق این نظریه باورهای نادرست تأثیرگذار یا طرحواره‌هایی که طی زندگی فرد شکل می‌گیرند به تغییراتی در افکار، عواطف و رفتار منجر می‌شوند. افکار خودکار شامل افکار و تصوراتی است که ناشی از طرحواره‌های شناختی افراد هستند و به شکل‌گیری احساس بی‌ارزشی، احساس گناه، بی‌لیاقتی، عدم کفایت، تنهایی و ناامیدی در فرد می‌انجامند. تحریفات شناختی نیز منجر به تعبیر و تفسیر منفی از جهان، خود و توانایی برای مواجهه مؤثر با وقایع آینده می‌شوند و به‌شکلی غیرسودمند پاسخ‌های هیجانی و رفتاری فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. طرحواره‌ها ممکن است در حال سکون و کمون باقی بمانند تا اینکه یک واقعه خارجی آنها را فعال کرده و منجر به انجام رفتارها و حالات هیجانی غیرنرمال در فرد شوند. بر این اساس بک و همکاران (۱۹۷۹) معتقدند که مداخله در سطح شناخت‌های نادرست و غیرمفید راهبردی مؤثر است. بدین منظور باید باورها و نگرش‌های نادرست فرد بازسازی شوند. هدف درمان، تسهیل این تغییر و بازسازی است که نوعی تجربه‌نگری مشارکتی و توأم با همکاری

---

1. Beck

درمانجو و درمانگر است. درمانجو در فرایند درمان با استفاده از پرسش و پاسخ سقراطی به خود - اکتشافی هدایت شده دست یافته و با استفاده از فنون خودبازبینی<sup>۱</sup> مثبت نگری و حل مسئله<sup>۲</sup>، به بازسازی شناختی خود اقدام می‌کند. از طرفی، نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال افسردگی دوقطبی<sup>۳</sup> (BD) اختلالی است که هم جنبه ارثی<sup>۴</sup> دارد و هم ناشی از تنیدگی‌ها است (سیموس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). به نقل از کارولین، ۲۰۰۲). به بیان دیگر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مؤلفه‌های ارثی منجر به نابهنجاری‌های زیست - شیمیایی می‌شوند که بیماران را در معرض خطر برای نشان دادن کامل حالات اختلال قرار می‌دهند، اما در عین حال مسایل و عوامل ژنتیکی به تنهایی نمی‌توانند تبیین کننده علت ابتلا به اختلال افسردگی دوقطبی باشند. زیرا عوامل محیطی نظیر عوامل تنیدگی‌زا نیز نقش زیادی در ابتلا به این اختلال دارا هستند. براین اساس متخصصان بالینی و دست‌اندرکاران مراکز سلامت روان به دنبال طرح و توسعه درمان‌های روان شناختی هستند که هدف اصلی آن‌ها کاهش سطوح تنیدگی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی دوقطبی است (نیومن<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). چنانکه قبلاً نیز ذکر شد در شناخت درمانگری اختلالات هیجانی و عاطفی اعتقاد براین است که افرادی که سوگیری‌های نظامند و منظمی را در فرایندهای فکری خود دارا هستند در معرض خطر برای بروز و تشدید عواطف منفی و افراطی نظیر اضطراب، خشم و عصبانیت هستند. این امر به نوبه خود خطر تجربه افسردگی بالینی را در آنان افزایش می‌دهد و

---

1 . self - monitoring

2 . problem - solving

3 . bipolar disorder

4 . diathesis

5 . Simos

6 . Newman



ادامه این حالات در طول زمان نگرش فرد نسبتاً به خود، دیگران و جهان را منفی کرده (مثلث شناختی بک و همکاران، ۱۹۷۹)، که دقیقاً نشان‌دهنده دوره افسردگی در اختلال افسردگی دوقطبی است. از طرفی، تفکرات افراطی منفی به همان‌گونه که در افراد مبتلا به شیدایی دیده می‌شود، مشکل‌آفرین می‌شوند. چنین تفکراتی می‌توانند سبب شوند که افراد به فعالیت‌های کنترل نشده‌ای نظیر ولخرجی افراطی، رفتارهای جنسی نادرست و نابخردانه و تصمیم‌گیری‌های تکانشی که به شدت مشکل‌آفرین هستند دست بزنند. این فعالیت‌های مشکل‌آفرین پیامدهای منفی و تجمعی را دارا هستند که مستلزم حل مسایل و مشکلات به صورت پیشرفته و توانایی‌های بالا برای مقابله با مشکلات هستند که به نوبه خود به شکل‌گیری دوره‌های افسردگی شدید در افراد مبتلا به اختلال افسردگی دوقطبی منجر می‌شوند. لذا، یکی از اهداف مهم درمان‌های شناختی کاهش میزان تنیدگی روان‌شناختی در افراد مبتلا به این اختلال و در نتیجه کاهش احتمال تجربه چرخه‌های عاطفی غیرکنترل شده از طریق آموزش فنونی چون آموزش حل مسئله، مثبت‌نگری، خودبازبینی، و تنش‌زدایی است. براین اساس نیومن (۱۹۹۹)، به نقل از کارولین، (۲۰۰۲) اهداف و مراحل شناخت درمانی اختلال افسردگی دوقطبی را شامل موارد زیر می‌داند:

(۱) آموزش به بیماران برای کمک به آن‌ها جهت فهم سبک‌شناسی، علل، سیر اختلال و راههای درمان آن.

(۲) شناسایی و آزمودن تفکرات بیماران و نشان دادن به آن‌ها که چگونه می‌توانند به بازبینی تفکرات خود پردازند و الگوهای غیرمنطقی تفکر خود را تبدیل به الگوهای تفکر منطقی کنند.

(۳) آموزش به بیماران برای یادگیری اصول و روش‌های حل مسئله و حل کارآمد و مؤثر مشکلاتی که برای آنان پیش می‌یابد.

۴) کنترل تمایل بیماران برای تکانشی بودن هنگام دوره‌های شیدایی.

۵) تعدیل حالات عاطفی بیماران، از طریق سرمشق‌دهی، ایفای نقش، تنش زدایی و فنون دیگری نظیر آموزش روانی.

۶) تأکید بر اثر متقابل حواس پرتی و عدم سازمان یافتگی بیماران با استفاده راهبردهایی که برنامه‌ریزی، تمرکز و تکرار را به حداکثر می‌رساند.

**مشخصات آزمودنی اول:** آقای م، ش، ۵۰ ساله، میزان تحصیلات دکتری، شغل استاد دانشگاه، متأهل و دارای سه فرزند، یک پسر ۲۵ ساله لیسانسیه و دو دختر که به ترتیب ۲۰ ساله، دانشجو و ۱۷ ساله دبیرستانی هستند.

**طول درمان:** ۷۲ جلسه با مراجعه هر هفته یک بار

مراجع در اولین جلسه اظهار کرد: " ۲۰ سال است که مبتلا به افسردگی دوقطبی هستم و دوره‌های افسردگی - شیدایی را تجربه می‌کنم. بارها به روان پزشک مراجعه کرده‌ام که همگی آن‌ها متفق‌القول تشخیص افسردگی - شیدایی داده‌اند و تقریباً همیشه داروهای تجویز شده توسط آن‌ها را به صورت مرتب و منظم مصرف کرده‌ام. اما متأسفانه بعد از قطع دارو دوره‌های افسردگی - شیدایی من عود کرده و آزارم می‌دهند. الان در حدود ۳ ماه است که در حالت شیدایی هستم و دست به کارها و فعالیت‌هایی می‌زنم که واقعاً خودم هم نمی‌دانم طبیعی هستند یا نه. قبل از این به شدت افسرده بودم، در دوره‌های افسردگی‌ام احساس پوچی، بی‌ارزشی و ناامیدی دارم، میزان فعالیت‌هایم کم می‌شود، عصبی و زودرنج می‌شوم و اکثر اوقات روز را در خواب به سر می‌برم؛ به طوری که حتی غذایم را در رختخواب می‌خورم. پدرم نیز مبتلا به این اختلال است و همیشه دوره‌های افسردگی - شیدایی دارد. اما وقتی که من افسرده هستم او در حالت شیدایی

است و وقتی که او در حالت شیدایی است من به شدت افسرده هستم. داروهای تجویز شده توسط دکتر را مصرف می‌کنم."

**تدابیر درمانی:** طی اولین جلسه درمانی، ابتدا نوع اختلال، علل ابتلا به آن و روش‌های درمان آن برای درمانجو تشریح شد. سپس درمانگر طی جلسات درمانی از مراجع خواست تا موقعیت‌ها، شرایط، روابط و مشکلات کاری و عملی خود را مشخص و وقایع مهم هیجانی و عاطفی روزانه خود را توصیف کند. آزمودنی اظهار کرد: "رفتارها و باورهای پدرم تأثیر منفی زیادی روی من دارد و شیدایی مرا تشدید می‌کند. پدرم هیچ‌کس را قبول ندارد و بسیار پرکار است و از من انتظار دارد که مثل او فقط به موقعیت شغلی‌ام رسیدگی کنم و اعتقاد دارد که من زن ذلیل هستم، او گاه مرا به عرش اعلا می‌برد و گاه به زمین می‌کوبد. افکار و اعمال او مرا به شدت مضطرب، نگران، عصبی و ناامید می‌کند". بر این اساس درمانگر ضمن تأکید بر مصرف مرتب داروهای تجویز شده توسط روان‌پزشک، درباره افکار و تصورات غیرمنطقی و نادرست و تأثیر این افکار و باورهای نادرست روی رفتار و حالات هیجانی صحبت کرده و از آزمودنی خواست تا به بازبینی افکار، نگرش‌ها و باورهای خود پرداخته و تفکرات منفی و غیرمنطقی را مشخص و سعی کند تا افکار منطقی و درست را جایگزین آن‌ها سازد (شناخت افکار منفی و غیرمنطقی). در جلسات بعد آزمودنی اظهار کرد که به شدت تحت تأثیر پرکاری‌های پدرش قرار گرفته و این امر باعث فعالیت‌های افراطی در او شده است و هنوز حالات شیدایی دارد. در این مرحله درمانگر به آموزش روش حل مسئله پرداخته و از آزمودنی خواست تا هنگام برخورد با مسائل و مشکلات روزانه از این روش بهره بگیرد و قبل از تصمیم‌گیری و اقدام به انجام هر کاری جنبه‌های مثبت و منفی و راه‌حل‌های ممکن را در نظر گرفته و سپس بهترین راه‌حل را برگزیند. در جلسات بعدی آزمودنی اظهار کرد که از حالت شیدایی بیرون آمده است و به شدت دچار افسردگی است، بی‌حوصله و منزوی است، به طوری که حتی حاضر به جواب

دادن به تلفن همراه خود نیست و تلفن خود را خاموش می‌کند. اکثر اوقات خواب است و احساس ناامیدی و درماندگی می‌کند. در این مرحله، درمانگر اقدام به استفاده از مثبت‌نگری فردی و خانوادگی برای مراجع کرد و از او خواست تا به نقاط قوت خود اندیشیده و فرم نقاط مثبت را به صورت هفتگی تکمیل نماید. هم‌چنین در برنامه روزانه خود، فعالیت‌های ورزشی چون شنا و پیاده‌روی داشته باشد. پس از چند جلسه مثبت‌نگری اظهار کرد که حالش بهتر است، احساس درماندگی ندارد و به انجام فعالیت‌های کاری روزمره‌اش مشغول شده است و از میزان انزوا و خواب او کاسته شده است. در این جلسه درمانگر ضمن تأکید بر نقش افکار و تصورات خودکار از آزمودنی خواست تا افکار غیرمنطقی و نادرست خود را مورد بازبینی قرار دهد و به صورت هفتگی اقدام به تهیه جدول افکار غیرمنطقی کند (خودبازبینی). در جلسات بعدی آزمودنی اظهار کرد: "اگرچه به شدت از میزان افسردگی‌ام کاسته شده است و روان‌پزشک داروهای مرا به نصف تقلیل داده است. اما هنوز هم فکر می‌کنم که تنها علت افسردگی من رابطه با پدرم و شراکت کاری با او است. پدرم نمی‌تواند هیچ‌گونه موفقیتی را برای من به صورت مستقل تحمل کند و سعی دارد مرا به خودش متکی و وابسته کند و این مسئله مرا به شدت دچار اضطراب می‌کند زیرا من فردی مذهبی هستم و معتقدم که وظیفه شرعی من این است که از پدرم اطاعت کنم و به خواسته‌های او جامه عمل بپوشانم و اگر به این کار عمل نکنم دچار احساس اضطراب و گناه می‌شوم و احساس می‌کنم به وظایف شرعی خود عمل نکرده‌ام". در این جلسه درمانگر ضمن آموزش تنش‌زدایی به آزمودنی، از او خواست تا ضمن تکمیل فرم نقاط مثبت و جدول خودبازبینی به صورت هفتگی، روزانه به مدت ۳۰ دقیقه به تمرین تنش‌زدایی بپردازد. هم‌چنین سعی کند در برخورد با مسایل و مشکلات خود از روش حل مسئله استفاده نماید و بهترین راه‌حلی را که منجر به حل کردن مشکل می‌شود انتخاب کرده و با مشکل مقابله کند، زیرا حل مشکل به صورت منطقی از شکل‌گیری هیجانات منفی و

ناراحت کننده‌ای نظیر احساس گناه و اضطراب می‌کاهد (در این جلسه درمانگر از طریق سرمشق دهی به آموزش حل مسئله به مراجع پرداخت). در جلسات پایانی آزمودنی اظهار کرد که از میزان وابستگی او به پدرش کاسته شده است و کمتر تحت تأثیر خواسته‌های غیرمنطقی او قرار می‌گیرد و در نتیجه کمتر احساس ناامیدی، بی‌ارزشی و احساس گناه می‌کند و کاملاً بهبود یافته است و به طور عادی به فعالیت‌های روزانه‌اش می‌پردازد، احساس ناامیدی ندارد و خواب او به حالت طبیعی در آمده است، به طوری که روان‌پزشک کلاً داروهای او را قطع کرده است. با این که هیچ دارویی مصرف نمی‌کند فعالیت‌های شغلی و روزمره‌اش رضایت بخش و توأم با موفقیت است و می‌تواند به طور مستقلانه و بدون اتکا به پدرش تصمیم‌گیری و اقدام کند.

**مشخصات آزمودنی دوم:** خانم ن، ش، ۲۵ ساله، میزان تحصیلات دیپلم، خانه‌دار، متأهل و دارای یک فرزند پسر ۴ ساله.

**طول درمان:** ۳۵ جلسه با مراجعه هر هفته یک بار

مراجع در اولین جلسه اظهار کرد: "شش سال است که ازدواج کرده‌ام و مشکل اصلی، خودم هستم که خیلی بدبین و پرخاشگر هستم و بارها تصمیم به جدایی از همسر گرفته‌ام. همسرم به دلیل مشکلات مالی برای ما جشن عروسی نگرفت، اما بلافاصله بعد از ازدواج ما برای مادرش یک خانه خرید. او الان به تمام خواسته‌های من عمل می‌کند. ولی من از ارتباط او با خانواده‌اش بسیار ناراحت و دلگیرم. همسرم می‌گوید نمی‌توانم بدبینی‌های تو را تحمل کنم. به شدت افسرده هستم و بارها به روان‌پزشک مراجعه کرده‌ام که همگی تشخیص افسردگی دوقطبی داده‌اند و دارو تجویز کرده‌اند. من مرتب از داروها استفاده کرده‌ام، اما هیچوقت بهبود نیافته‌ام. حالت پرخاشگرانه دارم، عصبی هستم و با دیگران به صورت تهاجمی عمل می‌کنم. حتی نمی‌توانم با فرزندم

رابطه‌ی درست‌ی داشته باشم (با گریه شدید). اخیراً بین مادرم و همسرم درگیری به وجود آمده است که شرایط مرا بدتر کرده است. قبل از ازدواج بسیار شاد بودم، دانشجوی رشته شیمی بودم اما پس از دو سال درس را نیز رها کردم. موضوع دیگری که مرا به شدت ناراحت می‌کند موضوع اضافه وزن من است. بعد از ازدوایم ۳۵ کیلو وزن اضافه کرده‌ام و الان ۱۰۵ کیلو وزن دارم. تنها خواسته همسرم این است که من داد و فریاد نکشم و به او و فرزندم فحش ندهم، ولی من نمی‌توانم این‌طور باشم، به خصوص در حالت شیدایی حتی چندین بار همسرم را کتک زده‌ام و همیشه به خانواده او توهین می‌کنم. همیشه به فکر خودکشی هستم و یک بار هم با خوردن مقدار زیادی قرص دست به خودکشی زدم (با گریه شدید). به خانواده همسرم بغض و کینه شدید و عجیبی دارم. چون آن‌ها را در از دست دادن بی‌چاهام در سال گذشته مقصر می‌دانم. چندین بار به طرف شوهرم در حالت شیدایی چاقو گرفته‌ام و یک بار وقتی باهم دعوا کردیم یک گلدان را روی سرش خرد کردم. اما او فقط گوشه‌ای کز کرد و واکنشی نشان نداد. بی‌توجهی و بی‌تفاوتی او مرا دیوانه می‌کند. اکنون دوره افسردگی را تجربه می‌کنم. در حالت شیدایی دست به اعمالی می‌زنم که غیرطبیعی است و همسرم را به شدت ناراحت می‌کند."

**روش و تدابیر درمانی:** در جلسات ابتدایی درمانگر نوع اختلال و راه‌های درمان آن را برای آزمودنی تشریح کرد و با توجه به افسردگی شدید آزمودنی اقدام به مشخص کردن باورها، نگرش‌ها و تفکرات غیرمنطقی و نادرست آزمودنی کرد و ضمن تأکید بر نقش افکار منفی در بروز رفتارهای نادرست از آزمودنی خواست تا به بازبینی تفکرات و باورهای غیرمنطقی خود پردازد و بکوشد که افکار منطقی و درست را جایگزین آن‌ها کند (تشخیص باورها و افکار منفی و غیرمنطقی). هم‌چنین از آزمودنی خواسته شد تا به تکمیل جدول خود گزارش دهی افکار غیرمنطقی به صورت هفتگی پردازد (خودبازبینی). در جلسات بعدی آزمودنی اظهار کرد: "این بدبینی بیش از اندازه و

افراطی نسبت به خانواده همسر، ریشه تمام ناراحتی‌های من است. بدبینی من ریشه خانوادگی دارد، مادرم به شدت بدبین است و بدبینی مرا تشدید می‌کند. خواهر و برادرم هم مثل من تحت تأثیر افکار بدبینانه مادرم، بدبین هستند. آن‌ها هم مثل من نوعی وابستگی افراطی و غیرمنطقی به مادرم دارند. از طرفی، به دلیل وابستگی زیادی به مادرم در همه کارها او را طرف مشورت قرار می‌دهم، اما هم خودم و هم همسرم از این کار ناراحت هستیم. همسرم در مورد مادرم افکار نادرست و منفی دارد و این مرا خیلی ناراحت می‌کند. او معتقد است که در خانواده ما زن سالاری حاکم است. از یک سو، به مادرم به شدت علاقه‌مند و وابسته‌ام و از سوی دیگر به دلیل تأثیر نادرستی که مادرم بر من و بر زندگی زناشویی‌ام دارد ناراحتم. این مرا به شدت عصبانی و خشمگین می‌کند و همیشه باعث احساس گناه در من می‌گردد". در این مرحله درمانگر اقدام به آموزش روش حل مسئله کرد و از آزمودنی خواست تا هنگام مواجهه با مسایل و مشکلات کلیه راه‌حل‌ها و فرضیات ممکن را در نظر گرفته و بهترین راه‌حل را برگزیند و این روش را در کلیه مسایل اجتماعی و خانوادگی به کار گیرد. در این جلسه درمانجو به این بینش دست یافت که باید از میزان وابستگی افراطی و غیرمنطقی خود به مادرش بکاهد. همچنین از آزمودنی خواسته شد که به صورت روزانه به ورزش‌هایی نظیر پیاده روی و شنا بپردازد. همچنین طی جلسات جداگانه‌ای مادر مراجع مورد درمان قرار گرفت. طی جلسات بعدی آزمودنی اظهار کرد که با به کار بستن روش‌های گفته شده در جلسات قبل حالش بهتر شده است و روابط بهتری با همسر خود دارد. اما به شدت احساس بی‌ارزشی می‌کند و ناامید و درمانده است. در این مرحله درمانگر اقدام به انجام مثبت‌نگری فردی و خانوادگی کرد و از آزمودنی خواست تا به صورت هفتگی فرم نقاط مثبت را تکمیل نماید. در جلسات بعدی آزمودنی اظهار کرد که حالش بسیار خوب است، به طوری که با موافقت روان‌پزشک از میزان داروهای مصرفی‌اش کاسته شده است و تقریباً داروها به نصف تقلیل پیدا کرده است و سعی می‌کند هفته‌ای یک مرتبه با

مادرش تماس داشته باشد و تحت تأثیر بدبینی‌ها و حرف‌های غیرمنطقی او قرار نگیرد. با این حال هنوز هم هنگام خشمگین شدن داد و فریاد می‌کشد. در واقع وقتی که خواسته‌هایش برآورده نشود دچار اضطراب، نگرانی و دلشوره می‌شود و نمی‌تواند خشم خود را کنترل کند. در این جلسه درمانگر ضمن آموزش روش تنش زدایی از آزمودنی خواست تا روزانه به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به تمرین تنش زدایی بپردازد. همچنین طی جلسات انفرادی و جداگانه با همسر مراجع صحبت شد و از او خواسته شد تا وابستگی افراطی همسر خود با مادرش را تشدید نکند و بدین وسیله درمان همسر خود را تسهیل سازد. طی جلسه مشترکی نیز به زوجین آموزش حل مسئله داده شد و از طریق سرمشق دهی به آن‌ها آموزش داده شد تا هنگام درگیری و بحث‌های زناشویی از این روش استفاده کنند. همچنین با استفاده از روش بازسازی شناختی تفکرات نادرست و منطقی زوجین درباره یکدیگر اصلاح و تعدیل شد. پس از چندین جلسه آزمودنی اظهار کرد که دیگر احساس ناامیدی و بی‌ارزشی ندارد و از افکار بدبینانه او کاسته شده است و روابط او با همسر و خانواده همسرش بسیار خوب و رضایت بخش شده است و تنها نگرانی موضوع اضافه وزن او است که با استفاده از ورزش و پیاده‌روی و رژیم مناسب کنترل خواهد شد. همچنین آزمودنی اظهار کرد "مادرم همیشه در خانواده ما حاکمیت داشته است و من هم دوست دارم این‌طور باشم، چون به شدت وابسته به او هستم با این‌که بسیار دوستش دارم اما از این که مادرم تا این حد مرا به خودش وابسته کرده است ناراحت هستم و در من تعارض و احساس گناه ایجاد می‌کند. همچنین مادرم چندبار در حضور من اقدام به خودکشی کرده است و همیشه دچار افسردگی است و فکر می‌کنم که من به شدت تحت تأثیر رفتارها و افکار نادرست و غیرمنطقی مادرم قرار دارم و همین افکار نادرست مادرم است که باعث بدبینی، کینه‌توزی و رفتارهای نادرست من می‌شود". در این مرحله درمانگر ضمن صحبت درباره افکار منفی و غیرمنطقی و تأثیر آن بر رفتارها و حالات هیجانی، از آزمودنی خواست تا سعی کند



افکار مثبت را جایگزین افکار منفی و غیرمنطقی سازد. بدین منظور اقدام به تهیه جدول خودبازبینی افکار به صورت روزانه کند و به تمرینات تنش زدایی بصورت روزانه ادامه دهد. طی جلسه مشترکی نیز در مورد زوجین مثبت نگری اعمال شد و از آن‌ها خواسته شد تا طی هفته‌های آینده فرم نقاط مثبت را برای یکدیگر و برای خانواده‌های یکدیگر پُر کنند. در جلسات بعدی آزمودنی اظهار کرد که کاملاً خوب است و هیچ مشکلی ندارد و کاملاً از زندگی رضایت دارد و روان‌پزشک کلاً داروهای او را قطع کرده است. لازم به ذکر است که هر دو آزمودنی پژوهش حاضر در یک پی‌گیری یک ساله پس از درمان هیچ گونه نشانه‌ای از بازگشت اختلال و شروع دوره‌های بعدی افسردگی-شیدایی از خود نشان ندادند.

### بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که شناخت- رفتار درمانگری توأم با دارودرمانی، درمان مؤثری برای مبتلایان به اختلال افسردگی دوقطبی می‌باشد. چنانچه پیشترآمد هر دو آزمودنی پژوهش حاضر قبل از شرکت در جلسات روان‌درمانگری برای مدت طولانی تحت درمان دارویی بوده‌اند، اما به محض قطع دارو، نشانگان اختلال در آن‌ها بازگشت کرده و دچار دوره‌های افسردگی - شیدایی می‌شده‌اند. ولی آزمودنی‌ها با شرکت در جلسات هفتگی روان‌درمانگری مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری توأم با دارودرمانی نه تنها به بهبودی کامل دست پیدا کردند، بلکه در یک پیگیری یک ساله پس از درمان و با توجه به قطع کامل داروها به مدت یک سال هیچ‌گونه نشانه‌ای از اختلال در آن‌ها مشاهده نشده است که این امر نشان دهنده کارایی بالای فنون شناخت- رفتار درمانگری در درمان مبتلایان به اختلالات دوقطبی است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر همسو با مدل شناختی بک (۱۹۶۴) نشان دادند که باورها،

نگرش‌ها و افکار غیرمنطقی و منفی نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم نشانگان این اختلال دارا هستند. به طوری که در اظهارات آزمودنی اول مشهود است، باور مهم و محوری غیرمنطقی این آزمودنی مربوط به وابستگی او به پدر و احساس مسئولیت در برابر خواسته‌های او حتی خواسته‌های غیرمنطقی‌اش بوده است. این باور نادرست آزمودنی مبنی بر این‌که شرعاً موظف است که به تمام حرف‌ها و خواسته‌های غیرمنطقی پدر عمل کند موجب شکل‌گیری هیجانات و رفتارهای منفی در آزمودنی می‌شده است. همزمان با به بینش رسیدن آزمودنی در این باره که این باور منفی و غیرمنطقی است و جایگزین کردن باور منطقی و درست با آن، سیر بهبودی آزمودنی تسهیل و تسریع شد. همچنین در آزمودنی دوم، وابستگی متقابل آزمودنی و مادر به یکدیگر و تعارض آزمودنی در این باره، یعنی علاقه‌مندی آزمودنی به مادر خود و نقش بسیار حمایت‌کننده مادر نسبت به او و نیز دخالت‌ها، تفکرات و باورهای غیرمنطقی مادر، آزمودنی را تحت تأثیر قرار داده و منجر به ایجاد بدبینی در او می‌شده است، نقش بسیار مهمی در شکل‌گیری و تداوم نشانگان اختلال داشته است. با مشخص و حل شدن این باور غیرمنطقی و تعارض‌انگیز، آزمودنی به سرعت به بهبودی دست یافت. قابل ذکر است که علت طولانی‌تر بودن سیر درمان در آزمودنی اول مربوط به طولانی‌تر بودن سابقه ابتلا به بیماری در این آزمودنی بوده است. چنانکه قبلاً نیز آمد آزمودنی اول به مدت ۲۰ سال از این اختلال رنج می‌برده است در حالی که آزمودنی دوم به مدت ۶ سال از اختلال رنج می‌برده است، که این امر منجر به پیچیده‌تر شدن اختلال و در نتیجه طولانی‌تر شدن مدت درمان در آزمودنی اول شده بود.

قابل ذکر است یکی از دلایل دیگری که باعث تسهیل درمان آزمودنی‌های این پژوهش شده است، همکاری فعالانه و مفید خانواده‌های آنان در فرایند درمان می‌باشد.

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های هولون و تسون (۱۹۸۳)؛ هولون، دایس و مارکوویتز (۲۰۰۲) و ویلیامز (۲۰۰۱) همخوان می‌باشد.

نتیجه پژوهش هولون و تسون (۱۹۸۳) نشان داد که فنون شناخت - رفتار درمانگری به ایجاد مهارت‌های پایداری در مبتلایان منتهی می‌شود که از عودت بیماری پیشگیری می‌کند. از طرفی هولون، دایس و مارکوویتز (۲۰۰۲) نشان دادند فنون شناخت - رفتار درمانگری به تنهایی یا به صورت ترکیبی با دارودرمانی کارایی و تأثیر قدرتمندی در درمان اختلالات دوقطبی دارا می‌باشند. یافته‌های پژوهش ویلیامز (۲۰۰۱) و زارتسکی، سیگال و جیمار (۱۹۹۹) نیز نشان دهنده کارایی بالای شناخت - رفتار درمانگری در درمان اختلالات دوقطبی است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از تعداد محدودی آزمودنی (دو آزمودنی) و نداشتن گروه کنترل است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی ضمن استفاده از تعداد بیشتری آزمودنی رویکردهای درمانی شناختی - رفتاری به تنهایی، شناختی - رفتاری توأم با دارودرمانی و دارودرمانی به تنهایی با یکدیگر مقایسه گردند تا نتایج دقیق و معتبرتری بدست آید.

#### فهرست منابع

- Diagnostic and statistical manual of* (American Psychiatric Association (2000 Washington, DC: American *mental Disorders Fourth Edition Text Revision* Psychiatric Association.
- Barlow, D.H.(2001). *Clinical Handbook of Psycjological disorders (Third editoion)*. NewYork, London: The Guilford Press.
- Beck, A.T.(1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrow guilt. *Psyciatry*, 15, 305-312.
- Beck, A.T.(1964). *Thinking and depression: II.Theory and Therapy*. Archives of General Psychiatry, 10, 561-571.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G.(1979). *Cognitive therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

- Bowden, CL., Brugget, AM., Swarm, AC., Calabrese, JR., Janicak, PG., Petty, F., & others.(1994). Efficacy of divalproex vs. Lithium and placebo, *Jama*, 271, 918-924.
- Carolyn,J.(2002). Cognitive therapy for Bipolar Disorder: A therapist's Guide to concepts, Methods and practice. *Behavior Research and Therapy*, 4.(3), 343-344.
- Goldberg, JF.; Harrow, M.; & Grossman, LS.(1995). Course and outcome in bipolar affective disorder a longitu dinal follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 379-384.
- Hollon, S.D., Thase, M.E., & Markowitz, J.C.(2002). treatment and prevention of depression. *Psychological Science*, 3(2), 39-40.
- Hollon, S.D., & Tauson, W.B.(1983). *the cognitive pharmaco therapy project: study design, outcome, and clinical follow-up*. Paper present at the world congress of behaviour therapy. Washington, D.C.
- Joffe, R.T.(2002). Psychotherapeutic approaches to bipolar depression. *Clinical Neuroscience Research*, 2(3,4), 252-256.
- 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.
- Tondol, L; Jamison, KR; & Baldessarini, RJ.(1997). Antisuicide effects of Lithium. *Ann N Y Acad Sci*, 36, 339-351.
- Zaretsky, A.E.; Segal, Z.V.; & Gemar, M.(1999). Cognitive therapy for bipolar depression: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(5), 491-494.

**Cognitive - behavioral therapy of bipolar  
Depression disorders (Manic - Depressive): Case - study**

**Mohammad Khodayarifard, Ph.D.**

Child Clinical Psychologist, And Associate Professor,  
Faculty of Psychology and Educational Sciences,  
University of Tehran

**Yasamin Abedini, Ph.D student**

Assistant professor of Isfahan University

**Abstract**

Bipolar disorder is one of the commonest psychological disorders and an important factor in attempting suicide. The people who suffer from bipolar disorders have experienced manic and depressive episode. In regard to bipolar disorder is remission able, not only treatment of acuties episode is important, but also prevent of remission is critical. Although, the data in support of efficacy of anti-depression drugs and electroconvulsive therapy (ECT), evidence shows that after stopping the drug, remission of symptom accrue. In addition, electroconvulsive therapy has negative side effect on memory and cognition. Thus, researchers and clinical experts developed several method for treating this disorder. The results of recent studies has shown that cognitive-behavioral therapy is an effective therapy in this field.

The **purpose** of present case study was to examine of methods of cognitive - behavioral therapy combined with pharmacy therapy in the treatment of bipolar depression. For this two adult (one man, one woman) who sufficed from bipolar disorder, by using cognitive-behavioral therapy, were studied. In this method, the authors applied techniques such as self monitoring, positivism, relaxation, cognitive re-struction, training problem solving and social skills. The **results** showed that cognitive- behavioral therapy is effective in treatment and presentation of remission of symptoms. The results of this study was discussed.

**Key words:** mood disorders, bipolar disorder, manic depression, cognitive - behavioral therapy, case study.