

The effect of psycho-educational intervention on improving ego impairment, human representation and indicators in patients with bipolar disorder

Negin Anbari Meybodi¹, Sajjad Basharpour², Seifollah Aghajani³, Elham Bina⁴

1-Phd student in psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran (Corresponding Author). E-mail: Negin.Anbari@gmail.com

2- Associate professor of General psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

3- Associate professor of General psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

4- M.Sc. in clinical psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azad Islamic University of Semnan, Semnan, Iran.

Received: 23/08/2019

Accepted: 10/11/2019

Abstract

Introduction: Bipolar disorder is one of the most problematic disorders around the world. According to the long course and the tendency to relapse into this disease, effective psychological interventions are important.

Aim: The present study was carried out with the aim of investigating the effectiveness of psycho-educational intervention on improving Ego impairment, human representation, and special indices in patients with bipolar disorder.

Method: In this quasi-experimental tow-group study (experimentation and control group), with measurements in pre-test, post-test and follow-up, 30 bipolar patients were selected from patients with bipolar disorder that were hospitalized in the present or past in the Kowsar psychiatric hospital in Semnan. They were randomly assigned to experimental group (n=15) and control group (N=15). Improvement of Ego impairment, poor human representation, good human representation and special indices were tested in every five stages of the pre-test, post-test and 3 follow - up phases by Rorschach test. Then the data were analyzed using repeated measures designs.

Results: The findings indicated that Barcelona psycho-educational intervention is effective in improving Ego impairment, object relationships and thought process in patients with bipolar disorder. In addition, in reducing the effectiveness of this intervention method, the time factor is not affected ($p < 0.05$).

Conclusion: The Barcelona psycho-educational intervention caused to improving Ego impairment, object relationships and thought process in patients with bipolar disorder.

Keywords: Psycho-educational intervention, Ego impairment, Good human representation, Poor human representation, Special indicators, Bipolar disorder

How to cite this article : Anbari Meybodi N, Basharpour S, Aghajani S, Bina E. The effect of psycho-educational intervention on improving ego impairment, human representation and indicators in patients with bipolar disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019; 6 (5): 96-107 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-646-fa.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

اثر بخشی مداخله روانی - آموزشی بر بهبود آسیب ایگو، بازنمایی های انسانی و شاخص های ویژه آزمون رورشاخ در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی

نگین انباری مبینی^۱، سجاد بشر پور^۲، سیف الله آقاجانی^۳، الهام مینا^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (مؤلف مسئول).

ایمیل: Negin.Anbari@gmail.com

۲. دانشیار گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. دانشیار گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، سمنان، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۰۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۸/۱۹

چکیده

مقدمه: اختلال دوقطبی، یکی از ناتوان کننده ترین اختلالات در سراسر دنیاست. با توجه به سیر طولانی و تمایل به عود این بیماری مداخلات روان شناختی مؤثر اهمیت پیدا می کند.

هدف: مطالعه ای حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله روانی - آموزشی بر بهبود آسیب ایگو، بازنمایی های انسانی و شاخص های ویژه در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی انجام شد.

روش: در این مطالعه شبه آزمایشی دو گروهی (گروه آزمایش و کنترل)، با سنجش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، ۳۰ بیمار دوقطبی از میان بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی زن و مرد که در زمان حال یا گذشته در بخش اعصاب و روان بیمارستان کوثر شهرستان سمنان بستری بودند، به صورت در دسترس انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی ($n=15$) و گروه کنترل ($n=15$) گماشته شدند. بهبود آسیب ایگو، بازنمایی خوب انسانی، بازنمایی ضعیف انسانی و شاخص های ویژه در هر پنج مرحله پیش آزمون، پس آزمون و ۳ مرحله پیگیری توسط آزمون رورشاخ سنجیده شد. سپس داده ها با استفاده از روش تحلیل اندازه گیری های مکرر تحلیل شدند.

یافته ها: یافته ها نشان داد مداخله ی روانی - آموزشی گروهی بارسلونا در بهبود آسیب ایگو، روابط ابژه و پردازش فکر، در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر است. به علاوه در کاهش میزان اثربخشی این روش مداخله ای، عامل زمان اثر نداشته است ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: مداخله ی روانی - آموزشی گروهی بارسلونا باعث بهبود آسیب ایگو، روابط ابژه و پردازش فکر، در بیماران دوقطبی می شود.

کلید واژه ها: مداخله روانی - آموزشی، آسیب ایگو، بازنمایی انسانی خوب، بازنمایی انسانی ضعیف، شاخص های ویژه، اختلال دوقطبی

مقدمه

مطالعات کلی نشان می‌دهد اختلال دوقطبی بیماری است که علاوه بر فرد بیمار تمام اعضای خانواده او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (باری^۱، ۲۰۰۱). همچنین، کاهش توانایی‌های انطباقی در نتیجه‌ی این بیماری، عود آن را در پی دارد (میکلوویتز^۲، ۲۰۰۴). اثرات مخرب این بیماری بر روی شخص بیمار و خانواده‌ی آن‌ها محققان را بر آن داشت تا توجه بیشتری به این بیماری داشته باشند.

اختلال دوقطبی از نظر کلاسیک، تحت عنوان دوره‌های بالینی افسردگی و خلق و خوی بالا (شیدایی^۳ یا شیدایی خفیف^۴)، با دوره‌هایی از خلق و خوی طبیعی بین آن‌ها، توصیف می‌شود (فیلیپس و کاپفر^۵، ۲۰۱۳). طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶ (DSM-5) دو نوع اختلال دوقطبی وجود دارد: اختلال دوقطبی نوع I و اختلال دوقطبی نوع II. برای تشخیص اختلال دوقطبی نوع I حضور حداقل یک دوره مانیک و برای تشخیص اختلال دوقطبی نوع II حضور حداقل یک دوره هیپومانیک و حداقل یک دوره افسردگی عمده لازم است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال در برخی نقاط دنیا، ناتوان‌کننده‌ترین اختلال شناخته شده است (کالابریس، هیرسفیلد، رید، دیویس، فرای و کک^۷، ۲۰۰۳) و حدود ۱-۴ درصد جمعیت را در بر گرفته و معمولاً در سنین نوجوانی و اوایل بزرگسالی بروز پیدا می‌کند (مریکانگاس، اکیسکال و انجست^۸، ۲۰۰۷). از عوارض این بیماری می‌توان به خلق و خوی بی‌ثبات، اختلال

شناختی (تسپیا و فونتولاکیس^۹، ۲۰۱۵) و احتمال بروز علائم روان‌پریش^{۱۰} (کراداک و اوئن^{۱۱}، ۲۰۱۰)، اشاره کرد. یکی از علائم اختلال دوقطبی که در بعضی از این بیماران نمود پیدا می‌کند آسیب ایگو است (سیمپسون^{۱۲}، ۲۰۱۱).

منظور از آسیب ایگو^{۱۳}، اختلال در یک یا چند مورد از عملکردهای ایگو است (کاترین^{۱۴}، ۲۰۰۹). عملکردهای ایگو در مدل برس^{۱۵} شامل ارتباط با واقعیت^{۱۶}، کنترل غرایز، عملکردهای دفاعی، روابط ابژه ای^{۱۷} و پردازش فکر است (پری و ویلیونجر^{۱۸}، ۱۹۹۱). در زمینه‌ی آسیب ایگو در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی صرفاً یک پژوهش نشان داد که آسیب ایگو در این افراد بیشتر در حیطه‌ی ارتباط با واقعیت، پردازش فکر و روابط ابژه نمود پیدا می‌کند. به این صورت که اختلال در پردازش فکر و ارتباط با واقعیت، باعث مهارت‌های اجتماعی و روابط بین فردی ضعیف و در نتیجه مانع حفظ روابط شیء می‌شود (سیمپسون، ۲۰۱۱). تعیین سطوح آسیب ایگو در بیماران دوقطبی به منظور روشن سازی موضوعات اصلی و تعارض‌ها که برای روان درمانی لازم است، همچنین پیش بینی پیش آگهی درمان و رابطه‌ی درمانی و انطباق بیمار با روش درمانی ضرورت دارد (پری، کوپر و میشلز^{۱۹}، ۱۹۸۷). پیشینه‌ی پژوهشی نشان می‌دهد سنجش آسیب ایگو توسط آزمون رورشاخ، اطلاعاتی در مورد صفات نسبتاً پایدار شخصیتی بیمار در طول یک دوره‌ی زمانی به دست می‌دهد و کمتر می‌تواند تحت تأثیر حالت

⁹ - Tsitsipa & Fountoulakis

¹⁰ - Psychosis

¹¹ - Craddock & Owen

¹² - Simpson

¹³ - Ego Imperment

¹⁴ - Catherine

¹⁵ - Beres

¹⁶ - Reality testing

¹⁷ - Object Relatedness

¹⁸ - Perry & vilionejr

¹⁹ - Perry, Cooper & Michels

¹ -Barry

² -Miklovitz

³ - Mania

⁴ - Hypomania

⁵ - Phillips & Kupfer

⁶ - Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition

⁷ - Calabrese, Hirschfeld, Reed, Davis, Frye, Keck

⁸ - Merikangas, Akiskal & Angst

خاص بیمار در روز مصاحبه قرار داشته باشد (پری، ویجلیون و برف^۱، ۱۹۹۲)؛ بنابراین در این پژوهش برای سنجش آسیب ایگو از آزمون رورشاخ استفاده شد. متغیرهای نمایه‌ی نقص ایگو در آزمون رورشاخ متناظر با روابط ابژه‌ای، بازنمایی های انسانی خوب (GHR) و بازنمایی های انسانی ضعیف (PHR) است و متناظر با پردازش فکر، شاخص‌های ویژه (WSUM6) است (پری و ویلیونجر، ۱۹۹۱). GHR و PHR در آزمون رورشاخ نشان‌دهنده‌ی نحوه‌ی روابط بین فردی است. به طوری که GHR نشان دهنده‌ی نحوه‌ی سازمان دهی کردن مناسب روابط بین فردی در موقعیت های مختلف است و PHR سازمان دهی ضعیف در این زمینه را نشان می دهد. WSUM6 نیز از جمع نمرات ویژه سطح یک و دو در آزمون رورشاخ به دست می آید و اطلاعاتی در مورد نحوه‌ی تفکر می دهد (اکسندر، ۲۰۰۳)

پیامدهای اجتناب ناپذیر و ماهیت عود کننده اختلال دو قطبی سبب شده که متخصصان به مراقبت و درمان این اختلال توجه ویژه ای داشته باشند (میکلوویتز، ۲۰۰۴). پژوهش ها نشان می دهد که درمان دارویی به تنهایی برای بهبود کامل نشانه‌ها موفق نبوده است (باسیل، استیلر، رادلو ف گابریل، میلو و جامیسون^۲، ۲۰۰۹). لذا در سال های اخیر به روان درمانی ها در کنار دارو درمانی توجه بیشتری شده است (میکلوویتز، ۲۰۰۴). پژوهش ها نشان می دهد که مداخلات روانی تأثیر قابل توجهی در کاهش علائم، افزایش عملکرد و سازگاری اجتماعی و کاهش عود بیماری و تعداد دفعات بستری این بیماران دارد (گواپتیرز و اسکات^۳، ۱۹۹۴). از جمله مداخلات روانی، مداخلات روانی-آموزشی است که در آن ممکن است به درمان های

فردی، گروه درمانی، خانواده درمانی و زوج درمانی پرداخته شود (ویلر، کیمبرلی و شاون^۴، ۲۰۱۰)؛ و هدف آن افزایش سطح آگاهی، یادگیری تکنیک های خودمدیریتی و سازگاری با مشکلات روانی ناشی از بیماری با تأکید بر نقاط قوت و مهارت های سازگاری است (بینان، سوارس ویسر، وولاکوت، دافی و جدس^۵، ۲۰۰۸). در این پژوهش از مداخلات روانی-آموزشی بارسلونا در مورد اختلال دو قطبی استفاده شد. این روش مداخله به طور کلی به چهار حیطه‌ی اصلی آگاهی از بیماری، پایبندی به درمان، تشخیص زودهنگام علائم و سبک زندگی منظم می پردازد (کلم و ویتا^۶، ۲۰۰۶). پژوهش ها نشان می دهد این روش مداخله ای مستقل از تأثیرات دارویی، در کاهش علائم بیماری دوقطبی مؤثر است. به طوری که باعث عود کمتر بیماری در هر دو فاز افسردگی و شیدایی (کلم، ویتا، مارتینز آران، رینارس، گوکیولی و بنابر^۷، ۲۰۰۳) و در نتیجه کاهش روزهای بستری و تعداد دفعات بستری در این بیماران می شود؛ که این نشان دهنده اثرات پیشگیری این نوع مداخله در بیماران دوقطبی است (کلم و ویتا، ۲۰۰۹). به طوری که پژوهش ها نشان می دهد بیماران دوقطبی که تحت درمان روانی-آموزشی بارسلونا قرار گرفتند طی ۲ سال پیگیری سطح لیتیم کمتری نسبت به گروه همتا که تحت تأثیر این روش قرار نگرفته بودند، مصرف می کردند (میکلوویتز، ۲۰۰۴).

گرچه پژوهش هایی در زمینه‌ی مداخلات روانی-آموزشی بارسلونا بر روی اختلال دوقطبی انجام شده، با این حال در زمینه‌ی آسیب ایگو در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی صرفاً یک پژوهش یافت شد. با توجه

^۴ - Wheeler, Kimberly & Shawna

^۵ - Beynon, Soares-Weiser, Woolacott, Duffy & Geddes

^۶ - Colom & Vieta

^۷ - Colom, Vieta, Martinez-Aran, Reinares, Goikolea & Benabarre

^۱ - Perry, Viglione & Braff

^۲ - Bassil, Stiller, Radloff-Gabriel, Milev & Jamieson

^۳ - Gutierrez & Scott

به عدم پژوهش در مورد آسیب ایگو بر روی اختلال دوقطبی در ایران، همچنین عدم یافت پژوهشی مبتنی بر بررسی تأثیر مداخلات روانی-آموزشی بارسلونا بر آسیب ایگو در بیماران مبتلا به بیماری دوقطبی، پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر مداخله روانی - آموزشی بر بهبود آسیب ایگو، بازنمایی های انسانی و شاخص های ویژه در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شد.

روش

در این پژوهش شبه آزمایشی ۳۰ نفر (لونبرگ و بورلی، ۲۰۰۸) بیمار زن و مرد مبتلا به اختلال دوقطبی که در سال ۹۵ و ماقبل آن در بخش اعصاب و روان بیمارستان کوثر شهرستان سمنان بستری بودند، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک های ورود به نمونه شامل ابتلا به اختلال دوقطبی، عدم حضور همزمان در برنامه های مشابه مداخله روان شناختی، رضایت آگاهانه به مشارکت فعال در ۲۱ جلسه ۹۰ دقیقه ای و ملاک خروج از نمونه شامل اعتیاد به مواد مخدر و الکل و همچنین ابتلا به بیماری روانی همزمان بود. نمونه ها در دو گروه آزمایشی ($N=15$) و کنترل ($N=15$) به تصادف جایگزین شدند. پس از

اجرای پیش آزمون گروه آزمایشی در ۲۱ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت مداخله ی روانی- آموزشی بارسلونا قرار گرفتند (جدول ۱). این مداخله به صورت هفتگی توسط یکی از پژوهشگران تعلیم دیده در بخش اعصاب و روان بیمارستان کوثر شهرستان سمنان برگزار شد. روی گروه کنترل فقط پیش آزمون اجرا شد و هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مداخله دو گروه آزمایشی و کنترل تحت پس آزمون و همچنین سه پیگیری به فواصل زمانی دو ماهه قرار گرفتند. پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با استفاده از اجرای آزمون رورشاخ (اکسرنر، ۲۰۰۳) برای سنجش آسیب ایگو، بازنمایی های انسانی و شاخص های ویژه در افراد نمونه، انجام شد.

سپس داده ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه های مکرر در نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند. هدف تحلیل بررسی تأثیر مداخله روانی-آموزشی بارسلونا در شاخص آسیب ایگو به طور کلی و شاخص های بازنمایی های انسانی (متناظر با عملکرد روابط ابژه در آسیب ایگو) و شاخص های ویژه (متناظر با عملکرد پردازش فکر در آسیب ایگو) به طور جزئی است.

جدول ۱ محتوای جلسات روانی- آموزشی بارسلونا برای بیماران دوقطبی

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	مقدمه: ارائه قواعد گروه و اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	آگاهی از این که اختلال دوقطبی چیست؟
جلسه سوم	آگاهی از علل اختلال دوقطبی و میزان شیوع آن در زن و مرد
جلسه چهارم	آگاهی در مورد علائم مانیا و هیپومانیا
جلسه پنجم	آگاهی در مورد علائم افسردگی
جلسه ششم	بحث در مورد تأثیرات و پیامدهای این اختلال و دوره های بازگشت بیماری، همچنین سوء مصرف دارو
جلسه هفتم	بحث در مورد داروهای تثبیت کننده ی خلق، لزوم مصرف آن ها و عوارض جانبی شان
جلسه هشتم	بحث در مورد درمان دارویی و روان درمانی مانیا و هیپومانیا
جلسه نهم	بحث در مورد درمان دارویی و روان درمانی افسردگی

جلسه ده	بحث در مورد میزان داروهای تثبیت کننده خلق در خون و همچنین آزمایش هایی که در دوران مصرف دارو ضروری هستند
جلسه یازده	بحث در مورد سؤالات مربوط به خطرات بارداری و عوارض مصرف داروها بر جنین
جلسه دوازده	بحث در مورد درمان های غیر علمی و عوارض آن ها
جلسه سیزده	بحث در مورد خطرات مرتبط با قطع درمان دارویی
جلسه چهارده	بحث در مورد عوارض خوددرمانی با مواد مخدر
جلسه پانزده	بحث در مورد تشخیص زود هنگام علائم جنون
جلسه شانزده	بحث در مورد تشخیص زود هنگام علائم افسردگی و دوره های مختلط
جلسه هفده	بحث در مورد آنچه باید در فاز هیپومانیا و فاز ترکیبی و فاز مانیا انجام شود از جمله تنظیم عادات زندگی و مدیریت استرس
جلسه هجده	مطرح کردن نکاتی در مورد بعضی عادات زندگی از جمله خواب سالم
جلسه نوزده	بحث در مورد روش های کنترل استرس
جلسه بیست	بحث در مورد راهبردهای حل مسئله
جلسه بیست و یک	جمع بندی و ارائه کتاب هایی مفید در مورد اختلال

ابزار

آزمون رورشاخ: چنان چه گفته شد، پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با استفاده از اجرای آزمون رورشاخ (اکسسر، ۲۰۰۳) برای سنجش آسیب ایگو، بازنمایی های انسانی و شاخص های ویژه در افراد نمونه، انجام شد.

در این پژوهش اجرا و نمره گذاری آزمون رورشاخ بر اساس نظام جامع اسکنر صورت گرفت. پایایی این آزمون در ایران، برای متغیرهای مختلف بین ۰/۱۴ تا ۰/۹۴ است (مجتهدی، براهنی و دژکام، ۱۳۷۵). برای سنجش عملکرد ایگو طبق مدل برس (پری و همکاران، ۱۹۹۲)، نمرات آزمون رورشاخ متناظر با ارتباط با واقعیت، پاسخ های فرافکن مجموع پاسخ های با کیفیت منفی (جمع FQ-) و پاسخ های حرکت انسانی با کیفیت منفی (M-)، متناظر با کنترل غرایز، پاسخ های فرافکن حرکت پرخاشگری (AG)، محتوای اشعه ایکس (XY)، جنسی (SX)، غذا (Fd)، آتش (FI)، انفجار (EX)، خون (BI) و آناتومی (An)، متناظر با روابط ابژه، پاسخ های فرافکن بازنمایی انسانی خوب (GHR)، بازنمایی انسانی ضعیف (PHR) و پاسخ

های حرکت انسانی با کیفیت منفی (M-) و متناظر با پردازش فکر، شاخص وزنی ۶ نمره ویژه (Wsum6) نمره گذاری شدند.

یافته ها

در این پژوهش ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی گروه آزمایش ۹/۵۷ ± ۳۲/۷۵ و میانگین سنی گروه کنترل ۱۹/۶۶ ± ۳۳ سال بود. ۷۵٪ از شرکت کنندگان گروه آزمایش زن و ۲۵٪ مرد، همچنین ۲۵٪ متأهل و ۷۵٪ مجرد بودند. در گروه کنترل نیز ۳۳٪ زن و ۶۶/۷٪ مرد و ۵۰٪ متأهل و ۵۰٪ مجرد بودند. از نظر تحصیلات، در گروه آزمایش ۵۰٪ دیپلم، ۲۵٪ فوق دیپلم و ۲۵٪ لیسانس یا بالاتر و در گروه کنترل، ۵۰٪ زیر دیپلم و ۵۰٪ دیپلم بودند. از نظر وضعیت شغلی، در گروه آزمایش ۲۵٪ بیکار، ۲۵٪ کارمند، ۲۵٪ خانه دار و ۲۵٪ دانشجو و در گروه کنترل ۱۶/۷٪ کارمند، ۳۳/۳٪ خانه دار، ۱۶/۷٪ سرباز و ۳۳/۳٪ دانشجو بودند.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار آسیب ایگو، بازنمایی های انسانی و شاخص های ویژه را در پنج مرحله ارزیابی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار پنج مرحله ارزیابی آسیب ایگو و مؤلفه های بازنمایی انسانی و شاخص های ویژه در گروه های آزمایش و کنترل

پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری اول	پیگیری دوم	پیگیری سوم	
میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
آزمایش	۱۰/۵۰ \pm ۳/۷۹	۵/۲۵ \pm ۲/۰۶	۴/۷۵ \pm ۲/۰۵	۲ \pm ۰/۸۲	۱ \pm ۰/۸۲
کنترل	۹/۱۷ \pm ۳/۱۹	۸/۱۷ \pm ۳/۳۱	۸/۵۰ \pm ۳/۹۴	۹/۱۷ \pm ۲/۷۹	۸/۸۳ \pm ۳/۱۹
آزمایش	۲ \pm ۱/۴۱	۱/۷۵ \pm ۱/۷۱	۴/۵ \pm ۲/۰۸	۵/۲۵ \pm ۲/۰۵	۸ \pm ۱/۴۱
کنترل	۱/۶۷ \pm ۱/۹۷	۱/۸۳ \pm ۱/۴۷	۲ \pm ۰/۶۳	۱/۶۷ \pm ۱/۲۱	۱/۳۳ \pm ۱/۰۳
آزمایش	۶ \pm ۱/۶۳	۳/۵۰ \pm ۱/۲۹	۲/۵۰ \pm ۱	۱/۵۰ \pm ۰/۵۸	۰/۲۵ \pm ۰/۵۰
کنترل	۵/۸۳ \pm ۲/۲۳	۵/۱۷ \pm ۲/۷۱	۵/۱۷ \pm ۲/۰۴	۴/۶۷ \pm ۱/۳۷	۵/۱۷ \pm ۲/۳۲
آزمایش	۱۵/۲۵ \pm ۷/۵۹	۴/۵۰ \pm ۰/۵۸	۱/۷۵ \pm ۰/۹۶	۲ \pm ۰/۸۲	۰/۲۵ \pm ۰/۵۰
کنترل	۱۴/۱۷ \pm ۷/۵۷	۱۴/۳۳ \pm ۶/۶۸	۱۳/۵۰ \pm ۷/۲۹	۱۴/۵۰ \pm ۸/۱۷	۱۴ \pm ۶/۸۴

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه های مکرر، پیش فرض های آن بررسی شد. با بررسی آزمون لوین، در مورد تساوی واریانس های خطا، فرض تساوی واریانس ها رعایت شد و واریانس خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه ها مساوی بود.

نتایج در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی ها و درون آزمودنی ها با اندازه گیری های مکرر بر پنج بار اندازه گیری نمره آسیب ایگو، بازنمایی انسانی خوب، بازنمایی انسانی ضعیف و نمرات ویژه در گروه های درمانی و کنترل

F	سطح معنی داری Sig.	مجدور اتا Eta Squ.	توان آماری
۶۳/۳۶	۰/۰۰	۰/۸۹	۱
۵/۷۸	۰/۰۴	۰/۴۲	۰/۵۶
۱۳/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
۶۲/۰۵	۰/۰۰	۰/۸۹	۱
۱۱/۶۵	۰/۰۱	۰/۵۹	۰/۸۵
۱۳/۷۷	۰/۰۰	۰/۶۳	۰/۹۹
۶۳/۶۳	۰/۰۰	۰/۸۹	۱
۶/۰۴	۰/۰۴	۰/۴۳	۰/۵۸
۶/۵۹	۰/۰۰۷	۰/۴۵	۰/۸۷

۰/۹۹	۰/۷۶	۰/۰۰۱	۲۵/۱۵	تأثیر بین گروهی WSUM6
۰/۵۹	۰/۴۴	۰/۰۴	۶/۱۹	تأثیر درون گروهی WSUM6
۱	۰/۶۷	۰/۰۰	۱۶/۶۳	تأثیر درون گروهی WSUM6

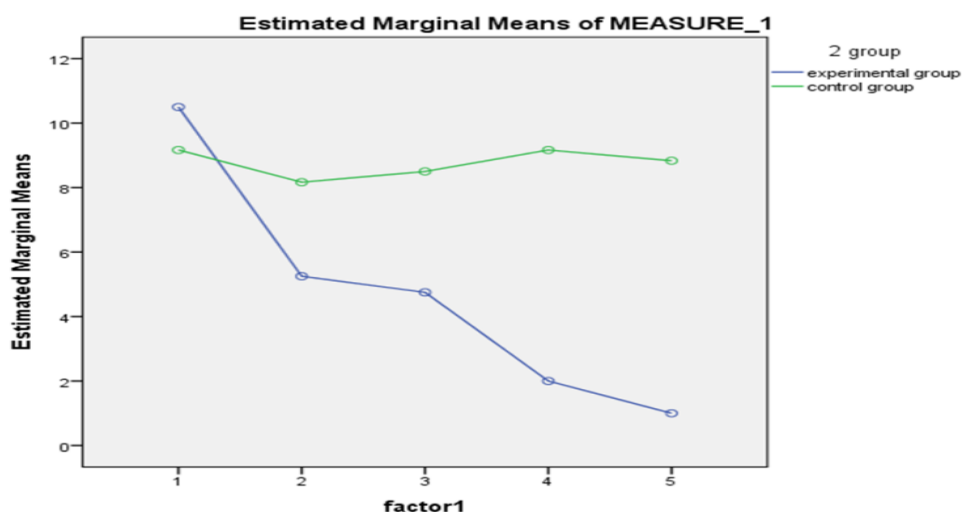
$P < 0.05$

درمانی و کنترل ارائه شده است. لازم به ذکر است برای سنجش تغییرات درون آزمودنی در شاخص های آسیب ایگو و بازنمایی انسانی ضعیف، از اثر هم خطی و در شاخص بازنمایی انسانی خوب و نمرات ویژه از اثر درجه دوم (در بازنمایی انسانی خوب از Order 4 و در شاخص های ویژه از Quadratic استفاده شد. نتایج نشان دهنده ی این است که میزان اثربخشی این روش مداخله در بهبود آسیب ایگو و دو جزء آن یعنی روابط ابژه و پردازش فکر در طول زمان ثابت است. به عبارتی عامل زمان در کاهش میزان اثربخشی اثر نداشته است. توان آماری نیز حاکی از دقت معناداری در این روابط علی هستند.

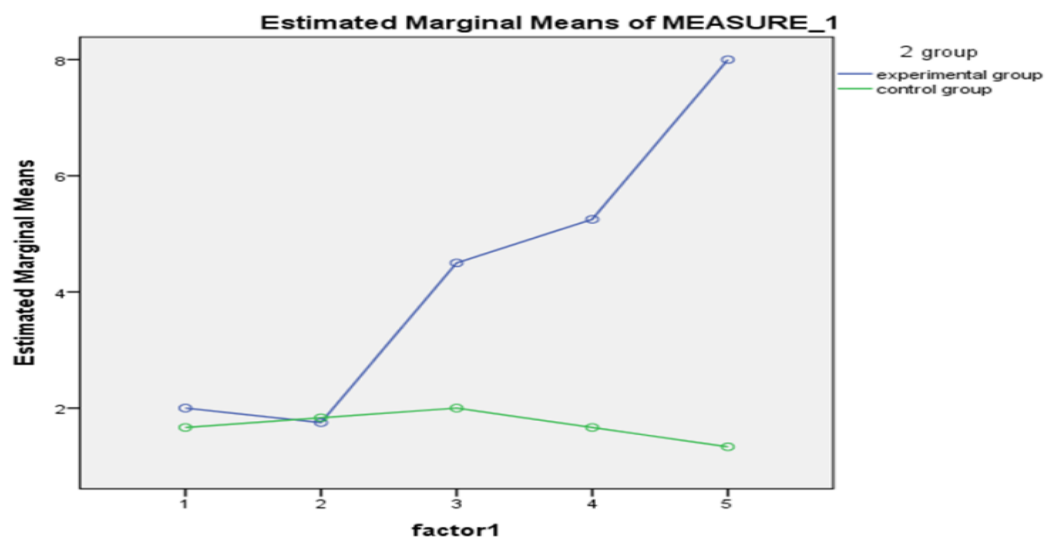
نمودار ۱ تفاوت میانگین آسیب ایگو، بازنمایی انسانی خوب، بازنمایی انسانی ضعیف و نمرات ویژه را طی مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

مطابق با نتایج جدول ۳ بین نمره های عامل (پیش آزمون، پس آزمون و ۳ بار پی گیری) در شاخص های آسیب ایگو، بازنمایی انسانی خوب، بازنمایی انسانی ضعیف و نمرات ویژه تفاوت معناداری بدست آمد ($p < 0.05$). همچنین بین نمره های عامل (پیش آزمون، پس آزمون و ۳ بار پی گیری) و گروه ها در شاخص های آسیب ایگو، بازنمایی انسانی خوب، بازنمایی انسانی ضعیف و نمرات ویژه تعامل معناداری مشاهده شد ($p < 0.05$). این نتایج بیانگر اثربخشی مداخله روانی - آموزشی گروهی در علائم آسیب ایگو، بازنمایی انسانی خوب، بازنمایی انسانی ضعیف و نمرات ویژه در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی است.

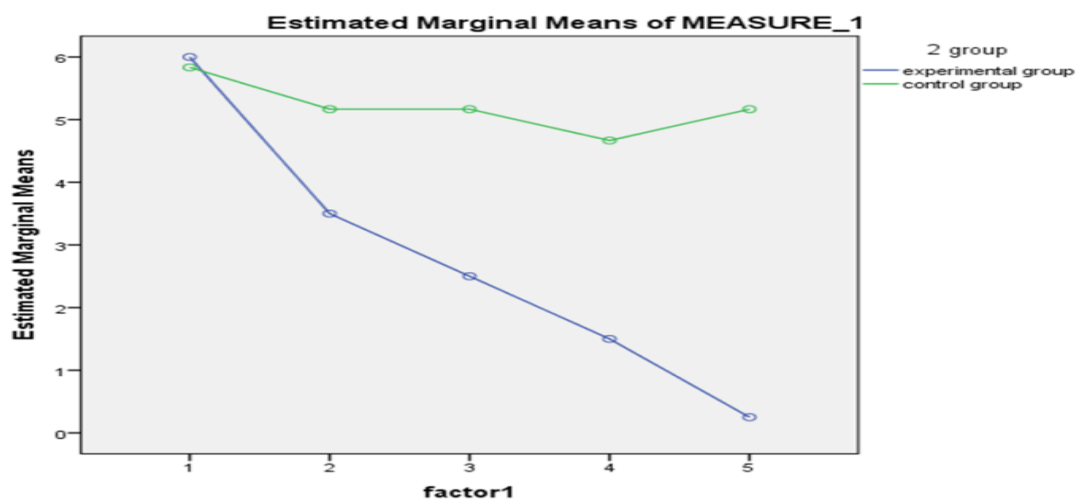
همچنین در این جدول نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنی ها با اندازه گیری های مکرر با پنج بار اندازه گیری نمره آسیب ایگو، بازنمایی انسانی خوب، بازنمایی انسانی ضعیف و نمرات ویژه در گروه های



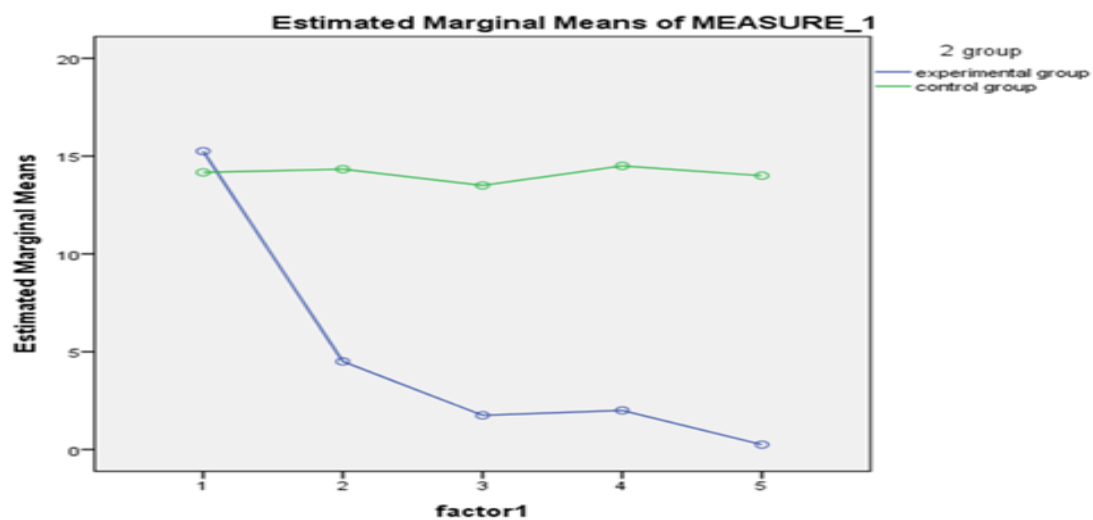
نمودار ۱ تفاوت میانگین دو گروه آزمایشی و کنترل در شاخص آسیب ایگو



نمودار ۲ تفاوت میانگین دو گروه آزمایشی و کنترل در شاخص بازنمایی انسانی خوب



نمودار ۳ تفاوت میانگین دو گروه آزمایشی و کنترل در شاخص بازنمایی انسانی ضعیف



نمودار ۴ تفاوت میانگین دو گروه آزمایشی و کنترل در شاخص نمرات ویژه

بحث

پیشینه پژوهشی نشان دهنده ی آسیب ایگو در بعضی از بیماران دوقطبی است. آسیب ایگو در این افراد بیشتر در حیطه ی ارتباط با واقعیت، پردازش فکر و روابط ابژه نمود پیدا می کند (سیمپسون، ۲۰۱۱). بدین منظور در پژوهش حاضر دو جزء آسیب ایگو یعنی پردازش فکر و روابط ابژه مورد بررسی قرار گرفتند. پیشینه پژوهشی نشان می دهد بیماران دوقطبی در شکل گیری و حفظ روابط صمیمانه، همچنین ابراز صمیمیت ضعف دارند (پاریس^۱، ۲۰۰۵). این اختلال در حفظ روابط صمیمانه را می توان به عدم روابط شیء باثبات درونی نسبت داد که منجر به آرمانی سازی و بی ارزش سازی دیگران، ترس از رهاشدگی و حساسیت نسبت به طرد و در نتیجه مشکلات فراگیر در روابط بین فردی در این افراد می شود (میشل، اسلید و اندروز^۲، ۲۰۰۴). به عبارتی کاهش ظرفیت روان- شناختی روابط شی در این بیماران، عامل مهم در کاهش تعاملات اجتماعی آن ها است (هنسن، تورگالسبو، روزبرگ، روم، اندریسن و همکاران^۳، ۲۰۱۳).

همچنین پژوهش های قبلی نشان می دهند که مداخلات روانی-آموزشی بیماران دوقطبی در بهبود این بیماری و کاهش عود آن مؤثر است (جوستو، سوارس و کالیل^۴، ۲۰۰۷). از جمله این مداخلات روانی-آموزشی، روش بارسلونا است که در زمینه ی اطلاعات در مورد اختلال، درمان، آموزش حل مسئله، بهبود مهارت های ارتباطی و کنترل استرس است (راهنمای مداخلات روانی اجتماعی در اختلالات روانی شدید). مداخله ی روانی آموزشی بارسلونا سبب تثبیت خلق در دوره های حاد مانیا و افسردگی می شود

(ویتا^۵، ۲۰۰۴). به طوری که آموزش نظم زندگی در این نوع مداخله، یک عامل مهم بازدارنده ی افسردگی است. همچنین تشخیص زودهنگام علائم پیش در آمد، عامل مهم برای پیشگیری از فاز شیدایی است (کولوم، ویتا، مارتینز آران، رینارس، گویکولی، بنابر و همکاران^۶، ۲۰۰۳). با کنترل فاز افسردگی و شیدایی، همچنین آگاهی بیمار در مورد این بیماری، سیستم پردازش فکر بیمار در سطح مطلوب تری قرار می گیرد؛ و از آن جایی که بهبود پردازش فکر و ارتباط با واقعیت، مهارت های اجتماعی و روابط بین فردی و در نتیجه روابط شیء را بهبود می بخشد (سیمپسون، ۲۰۱۱)، می توان استنباط کرد که مداخله ی روانی-آموزشی بارسلونا باعث بهبود آسیب ایگو در بیماران دوقطبی می شود.

از محدودیت های این پژوهش می توان به عدم امکان گزینش تصادفی شرکت کنندگان، عدم همتا سازی بیماران از نظر میزان آسیب ایگو و عدم کنترل متغیرهای مداخله گر از جمله فرهنگ و متغیرهای جمعیت شناختی نام برد. همچنین از مشکلات این پژوهش می توان به انگیزه کم اولیه ی بیماران به دلیل شرایط بد جسمانی و همچنین عدم آشنایی بیماران با خدمات روان شناختی به دلیل عدم آموزش آن ها در بیمارستان ها در کنار آموزش های پزشکی اشاره کرد. پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی دو گروه آزمایشی و کنترل از نظر متغیرهای مداخله گر مثل فرهنگ و متغیرهای جمعیت شناختی، همچنین میزان آسیب ایگو همتا شوند. همچنین پیشنهاد می شود برای آزمودنی هایی که به دلایلی که ذکر شد انگیزه ی کافی برای شرکت در جلسات ندارند مصاحبه ی انگیزشی انجام

^۱ -Paris^۲ - Mitchell, Slade & Andrews^۳ - Hansen, Torgalsbo, Rossberg, Romm & Andreassen,^۴ - Justo, Soares & Calil^۵ -Vieta^۶ - Colom, Vieta, Martinez-Aran, Reinares, Goikolea, Benabarre & etal

- Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. (2003). A randomized trial on the efficacy of group Psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Colom F, Vieta E. (2006). *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. Cambridge University Press.
- Colom F, Vieta E. (2009). Psychoeducation for bipolar disorders, In: Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th Edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Craddock N, Owen MJ. (2010). The Kraepelinian dichotomy—going, going... but still not gone. *Br. J. Psychiatry*, 196, 92-95.
- Exner JE. (2003). *The Rorschach: A Comprehensive System*. 4th ed. United State: John Wiley & Sons Inc.
- Gutierrez M, Scott J. (1994). Psychological treatment for Bipolar Disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(2), 92-98.
- Hansen CF, Torgalsbo AK, Rossberg JI, Romm KA, Andreassen OA, Bell MD, Melle I. (2013). Object Relations, Reality Testing, and Social Withdrawal in Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3).
- Justo LP, Soares BG, Calil HM. (2007). Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 167(4).
- Lunenburg FC, Beverly JL. (2008). *Writing a successful thesis or Dissertation: Tips and strategies for students in the Social and Behavioral Sciences*. Netherland: Corwin Pres Inc.
- Merikangas K R, Akiskal HS, Angst J. (2007). Lifetime and 12 month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch. Gen Psychiatry*, 64, 543-552.
- Miklovitz DJ. (2004). Family-focused treatment for adolescence with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82, 113-128.
- Mitchell PB, Slade T, Andrews G. (2004). Twelve-month prevalence and disability of DSM-IV bipolar disorder in an Australian general

شود و در صورت لزوم این آزمودنی ها از شرکت در پژوهش حذف شوند.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، مداخله ی روانی-آموزشی گروهی بارسلونا باعث بهبود آسیب ایگو و دو جزء آن یعنی روابط ابژه و پردازش فکر، در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می شود.

سپاسگزاری

از همکاری پرسنل بیمارستان کوثر شهرستان سمنان که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

References

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (2013). 5th edtext version. Washington DC: Author.
- Barry PD. (2001). *Mental health and mental illness*. 7th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bassil R, Stiller A, Radloff-Gabriel D, Milev R, Jamieson M. (2009). Pilot evaluation of a psychoeducational group for people with bipolar disorder. *Queen's Health Sciences Journal*, 9(2), 12-16.
- Beynon S, Soares-Weiser K, Woolacott N, Duffy S, Geddes JR. (2008). Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 192, 5-11.
- Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M, Davis M, Frye M, Keck P, et al. (2003). Impact of bipolar disorder on a US community sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 425-432.
- Catherine HM. (2009). Examining the impact of the Ego Impairment Index (EII-2) and psychopathology on childhood psychiatric symptoms: Interactions with developmental indicators: PACE UNIVERSITY.

- population survey. *Psychological Medicine*, 34, 777-785.
- Mojtahedi M, Baraheni MN, Dezhkam M. [Preliminary standardization of Rorschach test based on Exner comprehensive system]. MA. Dissertation. Tehran: Institute of Psychiatry University, College of psychology and education science, 1996: 71-91. (Persian)
- Paris J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1579-1583.
- Perry S, Cooper A, Michels R. (1987). The Psychodynamic Formulation: Its Purpose, Structure and Clinical Application *American Journal of Psychiatry*, 144, 543-550.
- Perry W, Viglione DJ, Braff D. (1992). The Ego Impairment Index and schizophrenia: A validation study. *Journal of Personality Assessment*, 59, 165-175.
- Perry w, vilionejr DJ. (1991). the Ego impairment index as a predictor of outcome in melancholic depressed patrents treated with tricyclic antidepressant. *journal of personality assessment*, 56(3), 487-501.
- Phillips ML, Kupfer DJ. (2013). Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *Lancet*, 381, 1663-1671.
- Simpson JL. (2011). An exploration of ego impairment in Bipolar Mood Disorder using the Ego Impairment Index-2 [dissertation]. MA Clinical Psychology: University of Pretoria.
- Tsitsipa E, Fountoulakis K. (2015). The neurocognitive functioning in bipolar disorder: a systematic review of data. *Ann Gen Psychiatry*, 14, 42.
- Vieta E. (2004). Maintenance therapy for bipolar disorder: current and future management options. *Expert Rev Neurotherapeutics*, 4(2), 35-42.
- Wheeler LA, Kimberly AU, Shawna MT. (2010). Conflict Resolution in Mexican-origin Couples: Culture, Gender, and Marital Quality. *Journal Marriage Fam*, 72(4), 991-1005.