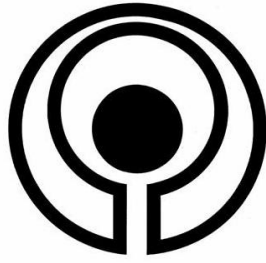


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
گروه روانپزشکی

پایان نامه جهت دریافت درجه تخصصی روانپزشکی

عنوان پایان نامه

مقایسه اثر درمانی لیتیوم همراه با توپیرامات، و
لیتیوم همراه با پلاسبو، در بیماران مبتلا به اختلال
دوقطبی I، فاز مانیا، بستری در بیمارستان روانپزشکی
رازی

نگارنده

دکتر زهرا میرسپاسی

استاد راهنما

دکتر ربابه مزینانی

اساتید مشاور

دکتر فرید فدائی

دکتر علی ناظری آستانه

دکتر ندا علی بیگی

سال 1391

شماره ثبت: 900-149

تاییدیه چاپ

تعهد نامه چاپ

تقدیم می شود به

روح پدر بزرگم،

مرحوم استاد دکتر عبدالحسین میرسپاسی

مادر دلسوزم، که در تمامی این سالها، آرامش بخش وجودم بود و پدر فداکارم، که سخت کوشی و تلاش بی پایان را از او آموختم.

و تقدیم به

خواهر مهربانم، مریم

با تشکر از

استاد نازنینم، سرکار خانم دکتر ربابه مزینانی، به پاس هر آنچه در این سالها از ایشان آموختم.

با سپاس از استاد گرانقدر، جناب آقای دکتر فرید فدائی و با تشکر از اساتید محترم، سرکار خانم دکتر ندا علی بیگی و جناب آقای دکتر علی ناظری آستانه.

و با تشکر از همکاری صمیمانه شرکت داروسازی آریا به ویژه جناب آقای دکتر محمدرضا مصطفوی و همکاران محترم و سرپرستاران و پرستاران محترم بخش های قانون، برزویه و سینای بیمارستان روانپزشکی رازی، به ویژه خانم ها زهره زاهدی راد و سپیده رفیعی و آقای حیدری.

چکیده فارسی

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثر درمانی لیتیوم همراه با توپیرامات، و لیتیوم همراه با پلاسبو، در بیماران بستری مبتلا به اختلال دوقطبی I در فاز مانیا می باشد.

روش: در این پژوهش که یک کارآزمایی بالینی تصادفی دو سو کور است، 46 بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی یک در فاز مانیا، تحت درمان با لیتیوم، آنتی سایکوتیک و توپیرامات یا لیتیوم، آنتی سایکوتیک و پلاسبو قرار گرفتند و پاسخ به درمان در دو بستری و سپس هفتگی به مدت 8 هفته، با YMRS ارزیابی شد. در هر ویزیت بیماران در مصاحبه از نظر پذیرش درمان و اشتها و افکار خودکشی، عوارض توپیرامات و علایم مسمومیت با لیتیوم نیز بررسی می شدند و توزین هفتگی تا پایان 8 هفته انجام می شد.

یافته ها: در زمان پایه ابزار YMRS بین دو گروه تفاوت معنی داری نشان نداد ($p=0/709$). تغییرات درون گروهی بین هفته 0 تا 8 در هر دو گروه مداخله و شاهد کاهش معنی داری را نشان داد ($p<0/001$) یعنی این شاخص در هر دو گروه مداخله و شاهد در هفته 8 نسبت به هفته 0 کاهش معنی داری پیدا کرده است. تغییرات درون گروهی از همان هفته اول نسبت به هفته صفر کاهش معنی دار داشت که این کاهش در هفته 8 نسبت به 1 از همه بیشتر بود. پاسخ به درمان از هفته 2 آغاز شده بود و تا هفته 8 روند نزولی در عدد YMRS، ادامه داشت. تغییرات بین گروهی بین هفته های 0 تا 8 معنی دار نبود ($p=0/419$). تغییرات اشتهای درون گروهی در هفته های مطالعه تفاوتی با هم نداشته است. در گروه دریافت کننده توپیرامات اشتهای بیماران در مدت 8 هفته تفاوت معنا داری نداشت، همچنین در گروه دریافت کننده پلاسبو نیز اشتهای بیماران در مدت 8 هفته تفاوت معنا داری نداشت. میانگین وزن در ابتدای مطالعه در دو گروه تفاوت معنا داری نداشت ($p=0/948$). در هر دو گروه، وزن بیماران در مدت 8 هفته در مقایسه با ابتدای مطالعه تفاوت معنا داری پیدا نکرده بود. (درگروه توپیرامات: $P=0/123$ ، درگروه پلاسبو $P=0/944$). وزن بیماران در دو گروه نیز تفاوت معنا داری نداشت ($p=0/254$)

نتیجه گیری: در این مطالعه، درمان کمکی با توپیرامات با دوز 200 میلی گرم در روز در کنترل علایم حاد مانیا و کنترل اشتها و وزن بیماران بی اثر بود.

کلید واژه: درمان کمکی، توپیرامات، مانیا

فهرست

عنوان

صفحه

1. فصل اول: بیان مساله - اهمیت و ضرورت

1	1-1 مقدمه
5	1-2 اهداف پژوهش
5	1-2-1- اهداف كلي
5	1-2-2- اهداف اختصاصي
	1-2-3- اهداف کاربردي
	6
	1-3- سؤالها و فرضيهها
	6
6	1-4- متغيرها
8	1-5- تعاريف

2. فصل دوم: مباني نظري و پيشينه تحقيق

2-1 بررسي متون

10

3. فصل سوم: روش شناسي تحقيق

3-1- نوع مطالعه

23

3-2- جامعه و نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

23

3-2-1- معيارهاي ورود به مطالعه

23

3-2-2- معيارهاي خروج از مطالعه

23

3-3- تعيين حجم نمونه

24

3-4- روش جمع آوري داده ها

24

3-5- روش تجزيه و تحليل داده ها

26

3-6- ملاحظات اخلاقي

26

4. فصل چهارم: توصيف و تحليل داده ها

4-1- يافته هاي تحقيق

27

5. فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری و پیشنهادات

5-1 بحث و نتیجه گیری

36

5-2 محدودیت ها

43

5-3 پیشنهادات

جداول

- جدول 1-4 - ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران در زمان ورود به مطالعه در دو گروه مورد بررسی 28
- جدول 2-4 - میانگین YMRS در طی هفته های مطالعه و مقایسه آنها در هفته های مطالعه
بر حسب گروه مورد بررسی
29
- جدول 3-4 - وضعیت اشتهای بیماران در طی هفته های مطالعه بر حسب گروه مورد بررسی 30
- جدول 4-4 - میانگین وزن بیماران در طی هفته های مطالعه و مقایسه آنها در هفته های مطالعه
بر حسب گروه مورد بررسی
31
- جدول 5-4 - وضعیت عوارض توپیرامات در بیماران در طی هفته های مطالعه بر حسب گروه مورد بررسی 32
- جدول 6-4 - میانگین نمایه توده بدنی بیماران در طی هفته های مطالعه و مقایسه آنها در هفته های مطالعه بر حسب گروه مورد بررسی
33
- جدول 7-4 - وضعیت نمایه توده بدنی بیماران در هفته های مطالعه بر حسب گروه مورد بررسی 35
- جدول 1-4 - مقایسه اشتهای دو گروه بیماران بر حسب هفته مطالعه
30

فصل اول

بیان مسأله - اهمیت و ضرورت

کلیات تحقیق

1-1- مقدمه

اختلال دوقطبی که در گذشته به آن مانیک - دپرسیو سایکوزیس (manic- depressive psychosis) می گفتند، یک اختلال شایع روانپزشکی است و می تواند سبب ایجاد ناتوانی در بیماران شود. این بیماری شامل حداقل یک اپیزود مانیا، هایپومانیا یا mixed است. تعداد کمی از بیماران فقط اپیزود مانیا را تجربه می کنند و اغلب بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، دوره هایی از هر دو قطب بیماری را تجربه می نمایند (B. J. Sadock & Sadock, 2009). این بیماری سبب شناسی پیچیده ای دارد و برخی ژن ها استعداد ابتلا به این بیماری را افزایش می دهند. درمان فاز مانیای بیماری در مقایسه با فاز افسردگی از پیچیدگی کمتری برخوردار است.

داروهای مختلفی در فروکش فاز حاد مانیا مؤثرند. با این وجود بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در فاز مانیا، به درمان های مرسوم پاسخ مناسبی نمی دهند و هم چنان علامت دار باقی می مانند (Gelder, Andreasen, & Lopez-Ibor, 2005; B. J. Sadock & Sadock, 2007; B. J. Sadock & Sadock, 2009). لیتیوم، سدیم والپروات و کاربامازپین، درمان های پذیرفته شده در درمان فاز مانیا هستند و استفاده هم زمان از بنزودیازپین ها و آنتی سایکوتیک ها، می تواند پاسخ به درمان را افزایش دهد (B. J. Sadock & Sadock, 2009). (Sadock, 2007; B. J. Sadock & Sadock, 2009).

لیتیوم، به عنوان یک دارو، با اثر ضد مانیا پذیرفته شده است و هم چنان جز داروهای خط اول درمان فاز مانیا می باشد. در مطالعات اولیه میزان پاسخ به لیتیوم حدود 70 درصد تخمین زده شد، اما مطالعات اخیر، نشان می دهد که لیتیوم، تنها در 50 درصد بیماران مؤثر است و تمامی بیماران پاسخ مناسبی به درمان با لیتیوم نمی دهند (B. J. Sadock & Sadock, 2009). این مسأله زمینه انجام تحقیقات بیشتر، برای یافتن داروهای مؤثر در فاز مانیا را فراهم می کند.

فصل 1 بیان مساله - اهمیت و ضرورت

شیوع اختلال دوقطبی در گذشته، حدود 1 درصد تخمین زده می‌شد. اما امروزه با در نظر گرفتن طیف دوقطبی، حدود 5 درصد تخمین زده می‌شود (B. J. Sadock & Sadock, 2009). بر اساس مطالعه محمدی و همکاران در ایران، شیوع مادام‌العمر اختلال دوقطبی I، 0/1% و شیوع فعلی آن 0/004% بیان شده است (Mohammadi, Ghanizadeh, Davidian, & Noorbala, 2006). اختلال دوقطبی در زنان و مردان شیوع یکسانی دارد اما اپیزودهای مانیا در مردان شایع‌تر است. دوره‌های mixed, Rapid ، BIID ، cycling در خانم‌ها شایع‌تر می‌باشد (B. J. Sadock & Sadock, 2009). کمترین شیوع در شرق در (تایوان و کره) و بیشترین شیوع در نیوزلند گزارش شده است. سن شروع بیماری اغلب حدود 20 سالگی است در مردان آغاز بیماری معمولاً 3-4 سال زودتر می‌باشد و در مواردی که سابقه خانوادگی برای اختلال دوقطبی وجود دارد، سن آغاز بیماری کمتر است. در مطالعات انجام شده، این اختلال در بین افراد مجرد، مطلقه و بیوه شایع‌تر بوده، اما به درستی مشخص نیست که این عوامل علت بیماری هستند یا معلول (B. J. Sadock & Sadock, 2009).

در هر حال شیوع طلاق در اختلالات خلقی به ویژه اختلال دوقطبی در مقایسه با جمعیت نرمال بیشتر است. از نظر طبقه اجتماعی - اقتصادی، هاپومانیا و BIID در سطوح بالاتر اجتماعی - اقتصادی شایع‌تر هستند. مانیا هم چنین در تابستان و نیز در مناطق استوایی شیوع بیشتری دارد. نقش استرسور، به ویژه در اولین اپیزود بیماری مطرح است و نقش استرسورهای مزمن و تجمع حوادث منفی زندگی و گاه حوادث مثبت در سبب‌شناسی بیماری مطرح شده است.

عدم برخورداری از حمایت اجتماعی نیز به عنوان عامل مؤثر در سبب‌شناسی بیماری مورد توجه قرار گرفته است (B. J. Sadock & Sadock, 2009).

مبتلایان به اختلالات خلقی عمده، در معرض خطر بیشتری برای بیماری‌های همراه در محور I، II هستند، شایع‌ترین این اختلالات سوء مصرف و وابستگی به الکل، اختلال پانیک، Social Anxiety Disorder و OCD می‌باشد.

فصل 1 بیان مساله - اهمیت و ضرورت

از طرفی، در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و اختلال اضطرابی، خطر وجود اختلال خلقی بیشتر است. در کل در مبتلایان به اختلال دوقطبی (در مقایسه با تک قطبی) شیوع سوء مصرف مواد و اختلالات اضطرابی بیشتر است (B. J. Sadock & Sadock, 2009).

با توجه به شیوع و ماهیت عود کننده بیماری، درمان مناسب و پیشگیری از عود، ضروری به نظر می‌رسد. لیتیوم، سدیم والپروات و کاربامازپین، از سوی FDA برای درمان مانیای حاد پذیرفته شده‌اند. از طرفی، تمامی داروهای مؤثر در درمان اسکیزوفرنیا، شامل آنتی سایکوتیک‌های تیبیک و آتیک نیز، اثر ضد مانیا دارند و در برخی موارد اثر درمانی آنها در اختلال دوقطبی، بیشتر از اثر آنها، در درمان اسکیزوفرنیا است (B. J. Sadock & Sadock, 2009).

بنابراین، طیف وسیعی از داروهای آنتی سایکوتیک، اثر ضد مانیا دارند، اما این مطلب در مورد داروهای ضد تشنج صدق نمی‌کند. برخی از داروهای ضد تشنج اثر ضد مانیا دارند و برخی نیز فاقد این اثر هستند. با ظهور کاربامازپین، به عنوان یک دارو با اثر ضد مانیا، سدیم والپروات نیز به سرعت به وسیله FDA، به عنوان یک دارو با اثر ضد مانیا پذیرفته شد و این تصور به وجود آمد که اغلب داروهای ضد تشنج، اثر ضد مانیا دارند ولی این تصور به حقیقت نپیوست. با این وجود بسیاری از داروهای ضد تشنج در درمان همبودی‌های اختلال دوقطبی مؤثرند، هرچند که خودشان اثر ضد مانیا ندارند (B. J. Sadock & Sadock, 2009).

در میان طیف گسترده درمان در مانیای حاد، تمایلات به سمت استفاده از ترکیبات دو دارویی و حتی چند دارویی می‌باشد، اما هنوز مشخص نیست که کدام ترکیب دارویی در یک بیمار خاص مؤثرتر است و یا بهترین توالی افزودن دارو، برای دست یافتن و حفظ فروکش در اختلال دوقطبی کدام است (B. J. Sadock & Sadock, 2009).

توپیرامات یک داروی ضد تشنج است که هنوز اطلاعات کافی در مورد کارآیی آن در اختلال دوقطبی وجود ندارد. این دارو در حال حاضر در کتب مرجع روانپزشکی، برای درمان اختلالات تشنجی و پیشگیری از میگرن در بزرگسالان پذیرفته شده است و مطالعات مختلفی در مورد اثربخشی توپیرامات در اختلال دوقطبی در حال انجام است. این دارو، جذب خوراکی خوبی دارد. جذب آن تحت تأثیر غذا قرار نمی‌گیرد.

فصل 1 بیان مساله - اهمیت و ضرورت

اتصال آن به پروتئین‌های پلازما کم و حدود 15 درصد است و 70 درصد دارو بدون تغییر، با ترشح از ادرار دفع می‌گردد. این دارو در غیاب استفاده از داروهای القا کننده آنزیمی، خیلی کم تحت تأثیر متابولیسم کبدی قرار می‌گیرد. نیمه عمر توپیرامات حدود 24 ساعت می‌باشد که امکان استفاده تک دز دارو را برای مصارف روانپزشکی فراهم می‌کند.

عوارض جانبی توپیرامات شامل پارستزی، کاهش اشتها و کاهش وزن، خواب آلودگی، منگی و مشکلات حافظه، گاه اختلال در صحبت کردن و کندی سایکوموتور می‌باشد. دیگر عوارض توپیرامات شامل هیپرگلیسمی، اسیدوز متابولیک، نفروکلسینوز، استئومالاسی و به ندرت آریتمی قلبی و استوپور و گلوکوم زاویه بسته می‌باشد.

این عوارض، اغلب خفیف تا متوسط است و در ماه اول درمان دیده می‌شود و با قطع دارو رفع می‌شود. این دارو نظیر دیگر داروهای ضد تشنج می‌تواند سبب افزایش خطر خودکشی شود و نیز می‌تواند سبب افسردگی و سایکوز شود. کنترا اندیکاسیون مصرف توپیرامات نیز فقط سابقه افزایش حساسیت به این دارو می‌باشد.

این دارو عوارض جانبی تهدید کننده حیات ندارد و اغلب بیماران این دارو را به خوبی تحمل می‌کنند (B. J. Sadock & Sadock, 2009).

از طرفی کاهش اشتها و وزن ناشی از مصرف توپیرامات می‌تواند در مبتلایان به اختلال دوقطبی که به دلیل مصرف داروهای تثبیت کننده خلق و آنتی سایکوتیک‌ها در خطر افزایش وزن هستند کمک کننده باشد و پذیرش بیماران را در مصرف دارو افزایش دهد (B. J. Sadock & Sadock, 2007; B. J. Sadock & Sadock, 2009).

با توجه به شیوع اختلال دوقطبی و اثر این بیماری روی عملکرد و کیفیت زندگی بیماران، بررسی جهت یافتن داروهای جدید، ضروری به نظر می‌رسد.

امروزه درمان‌های بالینی فاز مانیا، شامل یک داروی تثبیت کننده خلق (لیتیوم، سدیم والپروات و کاربامازپین) همراه آنتی سایکوتیک‌های نسل دوم (آتپیک) است. مطالعات نشان می‌دهد که این برخورد بالینی، سبب آغاز سریع‌تر اثر درمانی و فروکش بیشتر و پاسخ درمانی بیشتر (80-60 درصد) در مقایسه با تثبیت کننده خلق به

فصل 1 بیان مساله - اهمیت و ضرورت

تنهایی (50 درصد) یا آنتی سایکوتیک به تنهایی (50 درصد) می شود (B. J. Sadock & Sadock, 2009).

این پاسخ درمانی، اغلب به صورت کاهش 50 درصد در YMRS¹، تعریف می شود. تلاش برای یافتن مداخلات درمانی که بتواند از طرفی سبب کوتاه شدن مدت بستری در بیمارستان، کاهش هزینه ها و پیشگیری از عود گردد و از طرف دیگر با عوارض جانبی کمتری همراه باشد و پذیرش بیماران را بالا برد، کماکان باقی است (B. J. Sadock & Sadock, 2009).

1-2-1- اهداف پژوهش

1-2-1-1- اهداف کلی

مقایسه اثر درمانی لیتیوم همراه توپیرامات با لیتیوم همراه پلاسبو، در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I، در فاز مانیا.

1-2-1-2- اهداف اختصاصی

1. بررسی اثر درمان توأم لیتیوم و توپیرامات در مقایسه با لیتیوم و پلاسبو در کوتاه شدن دوره حاد مانیا.
2. بررسی اثر درمان توأم لیتیوم و توپیرامات در مقایسه با لیتیوم و پلاسبو در کاهش شدت علائم مانیا.
3. شناسایی اثر درمان توأم لیتیوم و توپیرامات در پذیرش درمانی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در فاز مانیا.
4. شناسایی اثر درمان توأم لیتیوم و توپیرامات در اشتیهای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در فاز مانیا.
5. شناسایی اثر درمان توأم لیتیوم و توپیرامات در وزن بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در فاز مانیا.

1-2-1-3- اهداف کاربردی

در صورت کارآمد بودن درمان با توپیرامات، استفاده از این دارو می تواند به عنوان درمان Adjunctive در درمان علائم مانیا حاد، برای کوتاه کردن دوره بستری و بالا بردن پذیرش درمانی بیماران جامعه، و بهبود عملکرد مورد استفاده قرار گیرد.

¹ - YMRS: Young Mania Rating Scale

فصل 1

بیان مساله - اهمیت و ضرورت

3-1- سؤالها

- 1- آیا درمان توأم توپیرامات و لیتیوم، در کوتاه شدن دوره حاد مانیا، در اختلال دوقطبی مؤثر است؟
- 2- آیا درمان توأم توپیرامات و لیتیوم، در کاهش شدت علائم مانیا، در اختلال دوقطبی مؤثر است؟
- 3- آیا درمان توأم توپیرامات و لیتیوم، می تواند روی پذیرش درمان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در فاز مانیا مؤثر باشد؟
- 4- آیا درمان توأم توپیرامات و لیتیوم، می تواند روی اشتهای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در فاز مانیا مؤثر باشد؟
- 5- آیا درمان توأم توپیرامات و لیتیوم، می تواند روی وزن بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در فاز مانیا مؤثر باشد؟

54-1- متغیرها

نام متغیر	نوع متغیر	مقیاس متغیر	تعریف	نحوه اندازه گیری
ابتلا به اختلال دوقطبی I	وابسته	بر اساس معیارهای DSM-IV-TR	*	دارد یا ندارد
ابتلا به فاز حاد مانیا	وابسته	YMRS***	**	بر اساس نمره در مقیاس YMRS
توپیرامات	مستقل	دوز دارو=200mg/day	داروی ضد تشنج	تجویز یا عدم تجویز دارو
پلاسبو	مستقل	تعداد دارو معادل قرص توپیرامات	دارونما (مشابه داروی توپیرامات، از نظر اندازه، رنگ و ...)	تجویز یا عدم تجویز دارو
لیتیوم	کنترل	دوز دارو=900mg/day	داروی تثبیت کننده خلق	در همه بیماران تجویز خواهد شد
ریسپردون	کنترل	دوز دارو	داروی آنتی سایکوتیک	در همه بیماران تجویز خواهد شد
داروی آنتی سایکوتیک	کنترل	دوز دارو	داروی آنتی سایکوتیک	در همه بیماران تجویز خواهد شد
سن		بر اساس سن شناسنامه ای	سالهای عمر بیمار	سالهای عمر بیمار
جنس		بر اساس جنسیت بیمار	زن یا مرد بودن	مؤنث و مذکر
سن شروع بیماری		بر اساس مصاحبه و پرونده	بر اساس مصاحبه و	سن شروع بیماری

فصل 1 بیان مساله - اهمیت و ضرورت

تعداد اپیزودها	وابسته	بر اساس مصاحبه و پرونده	بر اساس DSM-IV پرونده	پرونده
اشتها	وابسته	گزارش پرستاری و خود بیمار	تمایل بیمار به غذا خوردن	کاهش - بدون تغییر - افزایش
وزن	وابسته	اندازه گیری متوالی در بخش	وزن	کاهش - بدون تغییر - افزایش
پذیرش درمان	وابسته	گزارش پرستاری و خود بیمار	تمایل به ادامه درمان دارویی	دارد یا ندارد

* نوعی از اختلال خلقی که در آن دوره یا دوره‌هایی از افسردگی عمده همراه با حداقل یک دوره مانیا رخ می‌دهد (B. J. Sadock & Sadock, 2009).

** ملاک‌های DSM-IV-TR برای دوره مانیا:

(A) حداقل یک هفته خلق بالا، گشاده یا تحریک پذیری (در صورت نیاز به بستری، مدت زمان می‌تواند کمتر از یک هفته نیز باشد).

(B) حداقل 3 علامت از 7 علامت (در صورت خلق فقط تحریک پذیر حداقل 4 علامت از 7 علامت):

- 1- پرحرفی
- 2- کاهش نیاز به خواب
- 3- خود بزرگ بینی و افزایش اعتماد به نفس
- 4- پرش افکار یا احساس مسابقه دادن افکار در ذهن
- 5- حواس پرتی
- 6- افزایش فعالیت معطوف به هدف یا سرآسیمگی روانی - حرکتی
- 7- پرداختن به امور لذت بخش، بدون در نظر گرفتن عواقب آنها

(C) علائم، مربوط به یک اپیزود mixed یا مختلط نباشد.

(D) اختلال عملکرد شغلی - اجتماعی یا اختلال در روابط یا نیاز به بستری یا وجود علائم سایکوتیک

(E) علائم به دلیل مصرف ماده یا دارو یا یک بیماری جسمی نباشد. (B. J. Sadock & Sadock, 2009).

***YMRS:

این مقیاس در سال 1978 توسط یانگ ساخته شد. سؤالات این مقیاس بر اساس توصیفات از نشانه‌های اصلی مانیا نوشته شده و بر اساس گزارش بیمار از وضعیت و شرایط بالینی‌اش در 48 ساعت گذشته می‌باشد.

اطلاعات اضافی نیز بر اساس مشاهده بالینگر، در جریان مصاحبه‌های بالینی اخذ می‌گردد. این مقیاس 11 سؤال دارد و دامنه نمرات آن بین 0 تا 60 می‌باشد. هر قدر عدد حاصل از مقیاس بالاتر باشد شدت مانیا بیشتر است. در حقیقت، هدف از هر سؤال، سنجش شدت وضعیت غیر طبیعی مرتبط با آن سؤال، در بیمار است (برکتین، توکلی، & مولوی، 1386).

5-1- تعاریف

اختلال دوقطبی: در گذشته به آن مانیک - دپرئو سایکوزیس گفته می‌شد. این اختلال شامل حداقل

یک اپیزود مانیا است. تعداد کمی از بیماران فقط یک اپیزود مانیا را تجربه می‌کنند و اغلب بیماران

اپیزودهایی از هر دو قطب بیماری (افسردگی و مانیا) را تجربه می‌کنند (B. J. Sadock & Sadock, 2009).

فصل 1

بیان مساله - اهمیت و ضرورت

اپیزود مانیا: براساس معیارهای DSM-IV-TR:

الف) در دوره مشخصی که حداقل یک هفته طول بکشد، خلق به شکلی غیر طبیعی و مداوم بالا، گشاده یا تحریک پذیر باشد (اگر بستری کردن بیمار ضرورت پیدا کرد، مدت این دوره می تواند کمتر از یک هفته نیز باشد).

ب) طی دوره ای که خلق به هم ریخته است حداقل سه علامت (اگر خلق فقط تحریک پذیر است، حداقل چهار علامت) از علایم زیر به طور مداوم به حد چشمگیری وجود داشته باشد:

- 1) اعتماد به نفس بیش از حد یا خود بزرگ بینی
- 2) کاهش نیاز به خواب (مثلاً فقط 3 ساعت خوابیده باشد، اما احساس کند سر حال است).
- 3) پر حرفی بیش از معمول یا احساس فشار، در صورت صحبت نکردن
- 4) پرش افکار یا این احساس ذهنی که افکار دارند با هم مسابقه می دهند
- 5) حواس پرتی (یعنی توجه فرد فوراً به محرک های بیرونی بی اهمیت یا بی ارتباط با او، جلب شود)
- 6) افزایش فعالیت های معطوف به هدف (شامل فعالیت های اجتماعی، شغلی، تحصیلی، جنسی) یا سراسیمگی روانی - حرکتی

7) پرداختن بیش از حد به امور لذت بخش بدون در نظر گرفتن عواقب ناراحت کننده آنها (شامل ولخرجی بی حد و حساب، بی ملاحظگی جنسی، سرمایه گذاری احمقانه)

ج) معیارهای اپیزود mixed (مختلط) وجود نداشته باشد

د) اختلال خلقی آن قدر شدید باشد که سبب اختلال قابل توجه در عملکرد شغلی - اجتماعی و اختلال در روابط با اطرافیان گردد یا سبب بستری بیمار شود یا علایم سایکوتیک وجود داشته باشد.

ه) علایم به دلیل اثر مستقیم یک ماده یا یک بیماری طبی عمومی نباشد (B. J. Sadock & Sadock, 2009).

لیتیوم: یک داروی تثبیت کننده خلق است.

توپیرامات: یک داروی ضد تشنج است.

فصل 1 بیان مساله - اهمیت و ضرورت

پلاسبو: دارونما: دارویی که از نظر شکل، رنگ، و... دیگر ویژگی‌های ظاهری نظیر داروی اصلی است و عناصر تشکیل دهنده نیز مشابه داروی اصلی است. اما ماده مؤثر دارو در دارونما وجود ندارد.

YMRS: این مقیاس در سال 1978 توسط یانگ ساخته شد و وسیله‌ای عینی به منظور کمی کردن شدت مانیا است. سؤالات این مقیاس بر اساس توصیفاتی از نشانه‌های اصلی مانیا نوشته شده و براساس گزارش بیمار از وضعیت و شرایط بالینی‌اش در 48 ساعت گذشته می‌باشد و اطلاعات اضافی نیز براساس مشاهده بالینگر در جریان مصاحبه بالینی اخذ می‌گردد. این مقیاس 11 سؤال دارد و دامنه نمرات آن، بین 0 تا 60 می‌باشد. هر قدر عدد حاصل از مقیاس بالاتر باشد، شدت مانیا بیشتر است. در حقیقت، هدف از هر سؤال، سنجش شدت وضعیت غیر طبیعی در ارتباط با آن سؤال در یک بیمار است.

فرم فارسی این مقیاس در سال 1382 با رعایت اصول ابزارسازی، از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد و سپس توسط شخصی مستقل ترجمه فارسی مجدداً به انگلیسی برگردانده شد که تا حد زیادی با ترجمه انگلیسی منطبق بود (24).

در ضمن روایی و پایایی این آزمون در سال 1386 توسط دکتر برکتین، تعیین شده است، مطابق پژوهش جناب آقای دکتر برکتین، ضریب روایی تشخیصی 0/84 و روایی هم‌زمان مقیاس یانگ با پرسشنامه تشخیصی جامع بین‌المللی برابر با 0/87 محاسبه شد و طبق این پژوهش این مقیاس حساسیت 98/4 درصد و ویژگی 98/4 درصد دارد و مطابق آن، مقیاس یانگ ابزاری معتبر با روایی، حساسیت و ویژگی قابل قبول بوده و قابلیت کاربرد در کارهای بالینی و پژوهشی دارد (برکتین, 1386, et al.).

بهبودی: به صورت کاهش 50% در نمره بدست آمده از مقیاس YMRS در مقایسه با نمره اولیه تعریف می‌شود.