

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی گرایش بالینی

اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

بر کاهش شدت علائم افسردگی و شیدایی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

نگارش

مقداد طالبی زاده

استاد راهنما

دکتر احمد برجعلی

استاد مشاور

دکتر جمال شمس

زمستان ۱۳۹۰

تقدیم بہ پدر و مادر و سوز و فداکارم

تقدیم بہ ہمسفر جہر بانم

تقدیر و شکر

بر خود لازم می‌دانم از

استاد ارجمند جناب آقای دکتر احمد بر جعلی که در نگارش و تدوین مراحل مختلف این مجموعه با نظرات سازنده و راهگشای خود همواره راهنمای من بودند، کمال شکر و قدردانی را
نمایم.

جناب آقای دکتر جمال شمس که فراتر از مشاور پایان نامه، با صبر و حوصله فراوان مرایاری نمودن بی‌نیایت پاسکزارم؛ چرا که حتی تا بدون کمک و راهنمایی‌های ایشان انجام این کار
ناممکن می‌نمود.

جناب آقای دکتر حسین اسکندری که دایره این پژوهش را بر عهده داشتند و نکات اصلاحی مناسبی را با نگاه ریزبینانه خود متذکر شدند، پاسکزارم.

کاکلکان محترم در مانگاه روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) که جهت انجام پژوهش مرایاری نمودند شکر و قدردانی می‌کنم.

در نهایت از تمامی بیمارانی که حاضر به شرکت در این پژوهش شدند، تقدیر و شکر می‌نمایم.

چکیده

اختلال دوقطبی اختلالی مزمن و عودکننده است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یکی از تحولات نوین عرصه روان‌درمانی است که اثربخشی آن بر روی عود افسردگی اثبات شده است و به تازگی شواهدی اولیه اثربخش بودن آن را برای اختلال دوقطبی نیز نشان داده‌اند. این درمان تکنیک‌های مراقبه‌ای را با برخی از جنبه‌های درمان شناختی ترکیب می‌کند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش شدت علائم افسردگی و شیدایی اختلال دوقطبی بود. شرکت‌کنندگان این پژوهش را بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ($n=19$) که در مرحله بهبود نسبی به سر می‌بردند تشکیل می‌دادند که در قالب یک طرح نیمه‌آزمایشی به دو گروه آزمایش ($n=9$) و گواه ($n=10$) تقسیم شدند. سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش یک برنامه ۸ جلسه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دریافت نمودند. ابزارهای پژوهش (BDI-II، YMRS) نیز در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که اجرای درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش شدت علائم افسردگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شد، اما چنین کاهش‌ی در شدت علائم شیدایی مشاهده نشد. اگرچه این یافته‌ها مقدماتی هستند با این وجود پیشنهاد می‌کنند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند گزینه مناسبی برای درمان اختلال دوقطبی، مخصوصاً درمان علائم افسردگی آن باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، علائم افسردگی، علائم شیدایی

فهرست مطالب

۹	فصل اول: کلیات پژوهش
۱۰	۱-۱ مقدمه
۱۱	۱-۲ بیان مسئله
۱۴	۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۵	۱-۴ هدف پژوهش
۱۵	۱-۵ فرضیه‌های پژوهش
۱۶	۱-۶ تعریف نظری و عملی متغیرهای پژوهش
۱۶	۱-۶-۱ درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی
۱۶	۱-۶-۲ افسردگی
۱۷	۱-۶-۳ شیدایی
۱۸	فصل دوم: مبانی نظری پژوهش و مروری بر تحقیقات پیشین
۱۹	۲-۱ تاریخچه اختلال دوقطبی
۲۱	۲-۲ توصیف و تشخیص اختلال دوقطبی
۲۲	۲-۲-۱ دوره افسردگی
۲۲	۲-۲-۲ دوره شیدایی و نیمه‌شیدایی
۲۳	۲-۲-۳ دوره مختلط
۲۴	۲-۲-۴ اختلال دوقطبی I
۲۴	۲-۲-۵ اختلال دوقطبی II
۲۴	۲-۳ نظریه‌های روانشناختی اختلال دوقطبی
۲۴	۲-۳-۱ نظریه روان تحلیلی اختلال دوقطبی
۲۵	۲-۳-۲ مدل های سه گانه استرس- دیاتز
۲۸	۲-۳-۳ مدل شناختی رفتاری اختلال دوقطبی
۳۲	۲-۳-۴ مدل استرس- آسیب پذیری
۳۵	۲-۴ درمان های غیردارویی اختلال دوقطبی
۳۵	۲-۴-۱ آموزش روانی
۳۶	۲-۴-۲ درمان متمرکز بر خانواده
۳۶	۲-۴-۳ درمان شناختی رفتاری
۳۷	۲-۴-۵ درمان میان فردی و ریتم اجتماعی
۳۸	۲-۵ ذهن آگاهی

۳۹	..... ۲-۶ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
۴۰	..... ۲-۶-۱ نظریه خرده سیستم های شناختی متعامل
۴۲	..... ۲-۶-۲ فرضیه فعال شدن افتراقی
۴۴	..... ۲-۶-۳ تکنیک های عملی در MBCT
۴۶	..... ۲-۷ پیشینه پژوهش
۵۰	..... فصل سوم: روش اجرای پژوهش
۵۱	..... ۳-۱ مقدمه
۵۱	..... ۳-۲ طرح پژوهش
۵۱	..... ۳-۲-۱ طرح گروه های کنترل نابرابر
۵۲	..... ۳-۳ جامعه، نمونه و روش نمونه گیری
۵۲	..... ۳-۳-۱ ملاک های ورود و خروج
۵۴	..... ۳-۴ روش جمع آوری داده ها
۵۴	..... ۳-۵ ابزارهای پژوهش
۵۴	..... ۳-۵-۱ مقیاس افسردگی بک- نسخه دوم
۵۵	..... ۳-۵-۲ مقیاس درجه بندی شیدایی یانگ
۵۵	..... ۳-۶ روش تجزیه و تحلیل داده ها
۵۶	..... فصل چهارم: تجزیه و تحلیل آماری یافته های پژوهش
۵۷	..... ۴-۱ مقدمه
۵۷	..... ۴-۲ فرضیه اول
۵۹	..... ۴-۳ فرضیه دوم
۶۲	..... فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۶۳	..... ۵-۱ مقدمه
۶۳	..... ۵-۲ بحث و بررسی یافته های پژوهش
۶۵	..... ۵-۳ محدودیت های پژوهش
۶۶	..... ۵-۴ پیشنهادها
۶۶	..... ۵-۴-۱ پیشنهاد های نظری
۶۷	..... منابع و مآخذ
۶۷	..... منابع فارسی
۶۷	..... منابع لاتین

۷۲	..... پیوست ها
۷۳	..... پیوست الف: مقیاس سنجش شیدایی یانگ
۷۵	..... پیوست ب: پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II)
۷۷	..... پیوست ج: خلاصه‌ی راهنمای گام به گام عملی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای اختلال دوقطبی

فهرست جداول و نمودارها

۲۳	..... جدول ۱-۲: انواع تشخیص‌های اختلالات خلقی بر اساس دوره‌ها
۳۴	..... شکل ۲-۲: مدل بی‌ثباتی آسیب‌پذیری استرس دوره‌های اختلال دوقطبی
۵۳	..... جدول ۱-۳: ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در دو گروه MBCT و لیست انتظار
۵۷	..... جدول ۱-۴: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو مقیاس افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی شیدایی یانگ هر دو گروه
۵۷	..... جدول ۲-۴: داده‌های مربوط به تعامل عامل گروه با پیش‌آزمون افسردگی بک را نشان می‌دهد
۵۸	..... نمودار ۱-۴: رابطه خطی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات افسردگی
۵۹	..... جدول ۳-۴: نتایج آزمون لون برای بررسی فرضیه همگنی واریانس‌ها
۵۹	..... جدول ۴-۴: نتایج تحلیل بین‌گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس افسردگی بک
۶۰	..... جدول ۴-۵: داده‌های مربوط به تعامل عامل گروه با نمرات پیش‌آزمون مقیاس درجه‌بندی شیدایی یانگ
۶۰	..... نمودار ۱-۴: رابطه خطی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات شیدایی
۶۱	..... جدول ۴-۶: نتایج آزمون لون برای بررسی فرضیه همگنی واریانس‌های دو گروه MBCT و لیست انتظار
۶۱	..... جدول ۴-۷: نتایج تحلیل کواریانس پس‌آزمون مقیاس درجه‌بندی شیدایی یانگ

فصل اول: کلیات پژوهش

اختلال دوقطبی نوعی بیماری روانپزشکی است که در آن بیمار نوسانات خلقی شدیدی را به صورت دوره‌های افسردگی و شیدایی تجربه می‌کند. اگرچه میزان بروز سالیانه این اختلال حدود یک درصد تخمین زده شده است با این وجود معاینه و بررسی دقیق بسیاری از بیمارانی که تشخیص افسردگی اساسی را دریافت می‌کنند، دوره‌هایی از رفتارهای مبتنی بر شیدایی یا نیمه شیدایی در گذشته آنها را آشکار می‌سازد که تا کنون تشخیص داده نشده‌اند (سادوک^۱ و سادوک، ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷)، لذا به احتمال زیاد این اختلال شایع‌تر از آن است که امروزه تصور می‌شود.

در حالی که این اختلال اثرات نامطلوب فراوانی بر حالات خلقی، رفتاری، شناختی و حتی جسمانی بیمار برجای می‌گذارد و همچنین مشکلات متعددی برای خانواده آنها و جامعه ایجاد می‌کند، با این وجود درمان‌های موجود به خوبی قادر به کنترل علائم بیماری و مخصوصاً پیشگیری از عود و بازگشت مجدد آن نبوده‌اند. درمان‌های روانشناختی همچون رفتار-درمانی، خانواده درمانی، درمان بین‌فردی و درمان شناختی رفتاری که تا کنون موفقیت‌های قابل توجهی در زمینه درمان اختلالات افسردگی و اضطراب داشته‌اند، هنوز در مورد درمان اختلال دوقطبی به ویژه علائم شیدایی پیشرفت قابل ملاحظه‌ای کسب نکرده‌اند؛ به طوری که درمان اصلی اختلال دوقطبی درمان دارویی طولانی مدت است که اگرچه به کنترل علائم حاد بیماری کمک می‌کند اما به طور کامل و مخصوصاً در زمینه پیشگیری از عود چندان موفق نبوده است. بعلاوه همانطور که می‌دانیم دارو درمانی محدودیت‌های خاص خود (از جمله، طولانی مدت بودن، وجود عوارض جانبی، عدم تبعیت دارویی از جانب بیمار، و گاهی پرهزینه بودن) را نیز دارد. بنابراین با توجه به این مسائل نیاز به حضور درمان روانشناختی مؤثر و مقرون به صرفه‌ای در کنار دارو درمانی برای کمک به بهبود حال بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و حل مشکلات آنها می‌باشد.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT^۲) از جمله درمان‌های موسوم به موج سوم^۳ رفتار درمانی است که تحول نوینی در عرصه روان درمانگری در قرن حاضر به شمار می‌روند و همگی مبتنی بر مفهوم ذهن آگاهی می‌باشند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی که در ابتدا به منظور پیشگیری از عود افسردگی توسط ویلیامز^۴، سگال^۵ و تیزدل^۶ (۲۰۰۲) معرفی شد، جنبه‌هایی از شناخت درمانی را با تکنیک‌های مراقبه ترکیب می‌کند و هدفش آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتوانند تغییرات خلقی جزئی خود را شناسایی و از شروع دوره مجدد بیماری جلوگیری کنند. تا کنون

^۱ Sadock

^۲ Mindfulness-based Cognitive Therapy

^۳ Third wave

^۴ Williams

^۵ Segal

^۶ Teasdale

اثربخشی این درمان در زمینه بهبود علایم افسردگی در اختلال افسردگی اساسی و پیشگیری از عود آن به اثبات رسیده است (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰؛ ما و تیزدل، ۲۰۰۴؛ فینوکین^۱ و مرکر^۲، ۲۰۰۶؛ کینگ استون^۳ و همکاران، ۲۰۰۷؛ مانیکاواسگار^۴ و همکاران، ۲۰۱۰)، پس احتمال می‌رود که در زمینه بهبود علایم اختلال دوقطبی مخصوصاً علایم افسردگی این اختلال نیز مؤثر باشد؛ لذا با در نظر گرفتن این مطلب و همچنین با توجه به نیاز بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به استفاده از درمان‌های روانشناختی در ترکیب با دارو درمانی، پژوهش حاضر در صدد بکارگیری درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به منظور تعیین اثربخشی آن در کاهش شدت علایم افسردگی و شیدایی این بیماران می‌باشد.

۱-۲ بیان مسئله

اختلال دوقطبی یک اختلال روانی دوره‌ای است که بسیار مزمن و عود کننده می‌باشد و در طول زندگی بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی، اجتماعی، شغلی و روابط بین‌فردی بیماران تأثیر می‌گذارد. یکی از مشخصه‌های اختلال دوقطبی ویژگی عودکنندگی آن است، به گونه‌ای که بر اساس برخی از داده‌ها تنها در ۷ درصد موارد، علایم این اختلال عود نمی‌کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). حتی با ادامه درمان نگهدارنده دارویی خوب، در ۷۳٪ موارد علایم بیماران طی ۵ سال عود می‌کند (گیتلین^۵، سوندسن^۶، هلر^۷ و هامن^۸ و ۱۹۹۵). همانطور که ذکر شد این اختلال ماهیتی دوره‌ای دارد؛ گذشته از نرخ بالای عود این دوره‌ها، در بسیاری از بیماران که بین دوره‌ها قرار دارند و اصطلاحاً بهبود یافته‌اند، علایم خرده‌نشانه‌ای^۹ وجود دارد که می‌تواند موجب رنج بیمار گردند (کلر^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۲؛ گیتلین و همکاران، ۱۹۹۵) و بیمارانی که این علایم خرده نشانه را تجربه می‌کنند، به طور معنی‌داری در خطر بالاتر عود قرار دارند (توهن^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۶؛ جود^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین هرگونه مداخله و درمانی که در جهت کمک به بهبودی این علایم خرده نشانه صورت گیرد، علاوه بر این که در درجه اول از رنج و آشفتگی بیماران به ظاهر بهبود یافته می‌کاهد در درجه دوم باعث کاهش خطر عود بیماری نیز می‌گردد.

^۱ Finucane

^۲ Mercer

^۳ Kingston

^۴ Manicavasgar

^۵ Gitlin

^۶ Swendsen

^۷ Heller

^۸ Hammen

^۹ subsyndromal symptoms

^{۱۰} Keller

^{۱۱} Tohen

^{۱۲} Judd

با توجه به سبب شناسی‌های مختلف اختلال دوقطبی، امروزه از درمان‌های مختلف دارویی و غیردارویی به منظور کمک به افراد مبتلا به آن استفاده می‌شود. در مورد درمان‌های دارویی که امروزه گزینه اول درمان اختلال دوقطبی هستند، باید متذکر شد که اگرچه اثربخشی کاربرد داروهایی مانند لیتیوم^۱، کاربامازپین^۲ و والپروات سدیم^۳ برای بهبود دوره‌های خلقی به اثبات رسیده است، اما در مورد کاربردشان به چند نکته باید توجه داشت؛ نخست اینکه این داروها به ندرت باعث رفع کامل همه علائم بیماری می‌شوند و همانطور که اشاره شد در بسیاری از بیماران که حتی رژیم دارویی منظمی را نیز دنبال می‌کنند، علائم خرده نشانه وجود دارد و نرخ عود نیز نسبتاً بالاست. دومین نکته این است که به نظر می‌رسد دارو به تنهایی باعث حل تمامی مشکلات بیمار در حوزه‌هایی همچون روابط بین‌فردی، اصلاح الگوی تفکر و یا تغییر سبک زندگی نمی‌شود. نکته بعد وجود عوارض جانبی‌ای که برای این داروها مخصوصاً لیتیوم مطرح است. و در نهایت اینکه اگرچه نسل جدیدی از داروهای ضد تشنج^۴ از جمله گاباپنتین^۵ و لاموتریژین^۶ نیز گهگاهی برای کمک به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی تجویز می‌شوند با این حال نیاز به انجام مطالعات بیشتری برای اثبات مؤثر بودن این داروها می‌باشد. بنابراین با توجه به این داده‌ها و همچنین با توجه به اینکه اغلب بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بینش ضعیفی دارند و ممکن است از مصرف دارو امتناع کنند، لذا استفاده از درمان‌های روانشناختی مکمل در کنار درمان‌های دارویی از اهمیت بسزایی برخوردار است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ میکلوویتز^۷ و همکاران، ۲۰۰۹).

برخی درمان‌های روانشناختی از جمله، درمان بین‌فردی^۸ و نوع تجدید نظر شده آن با نام درمان میان‌فردی و ریتم اجتماعی^۹ (فرانک^{۱۰}، ۲۰۰۵)، درمان متمرکز بر خانواده (میکلوویتز، ۲۰۰۸) و آموزش روانی گروهی (دیدونا^{۱۱}، ۲۰۰۹)، به منظور کمک به افراد دوقطبی در کنار دارو درمانی بکار برده شده‌اند. علی‌رغم وجود داده‌های مقدماتی در این زمینه تاکنون فراتحلیلی جهت اثبات اثر بخش بودن این درمان‌ها بر روی اختلال دوقطبی انجام نشده است. همچنین هرکدام از این درمان‌ها طولانی مدت (حداقل بین ۱۲ تا ۲۱ جلسه) و گران هستند و دسترسی به آن‌ها برای بسیاری از بیماران دشوار است (میکلوویتز، ۲۰۰۹). درمان شناختی- رفتاری^{۱۲} نیز که بیشترین شواهد تجربی را در حوزه درمان اختلالات خلقی به ویژه افسردگی به خود اختصاص داده است، اخیراً به همراه دارو درمانی برای بیماران دچار اختلال دوقطبی نیز

^۱ Lithium

^۲ carbamazepine

^۳ Valproic acid

^۴ Anti convulsant

^۵ gabapentin

^۶ lamotrigine

^۷ Miklowitz

^۸ Interpersonal therapy

^۹ Interpersonal and social rhythm therapy

^{۱۰} Franck

^{۱۱} Didonna

^{۱۲} Cognitive behavioral therapy

بکار گرفته شده است؛ با این وجود یافته‌ها اثر بخشی قطعی این درمان را تأیید نکرده‌اند (باسکو^۱ و راش، ۲۰۰۵؛ اسکات^۲ و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از ویلیامز، ۲۰۰۸). همچنین لازم به ذکر است که انجام درمان شناختی رفتاری نیازمند درمانگری ماهر و کمیاب و همچنین فردی است که مایل به استفاده از یک درمان انفرادی نسبتاً گران قیمت باشد (کرن^۳، ۲۰۰۹).

یکی از تحولات نوین درمان اختلالات خلقی، ایجاد برنامه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) توسط سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲) است. در قلب این برنامه درمانی مفهوم ذهن آگاهی قرار دارد. ذهن آگاهی یعنی توجه کردن به یک روش خاص: متمرکز بر یک هدف، در زمان حال و بدون هیچ گونه قضاوت. حاصل این توسعه و پرورش توجه، افزایش آگاهی فرد نسبت به تجارب درونی از جمله افکار و احساسات است (کابات زین^۴، ۱۹۹۴). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان گروهی کوتاه مدتی است که تکنیک های ذهن آگاهی را با برخی از جنبه های درمان شناختی افسردگی ترکیب می کند. هر چند که هدف اولیه آن درمان افسردگی بود (کرن، ۲۰۰۹)، با این وجود به تازگی پژوهشگران حوزه اختلالات خلقی تلاش های فراوانی را جهت توسعه و بکارگیری این روش درمانی بر روی اختلال دوقطبی انجام داده‌اند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۸؛ میکلوویتز و همکاران، ۲۰۰۹؛ وبر و همکاران، ۲۰۰۹؛ میرابل سارون^۵، ۲۰۱۰). برای مثال در پژوهش ویلیامز و همکاران (۲۰۰۸) اثربخشی یک برنامه ۸ جلسه‌ای MBCT بر علائم افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و همچنین در پژوهش میکلوویتز و همکاران (۲۰۰۹) اثربخشی MBCT بر کاهش علائم افسردگی و شیدایی بررسی شده است.

بنابراین از آنجا که حتی با وجود درمان دارویی بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی از علائم بین دوره‌ای رنج می‌برند و همچنین با توجه به نیاز به توسعه درمان‌های مکمل مقرون به صرفه برای این افراد، در پژوهش حاضر به بررسی این پرسش پرداخته می‌شود که آیا درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش شدت علائم افسردگی و شیدایی در بیماران دوقطبی که در مرحله بهبود نسبی^۶ هستند می‌شود؟ بنابراین این پژوهش در نظر دارد اثربخشی یک برنامه ۸ جلسه‌ای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (ویلیامز، سگال، تیزدل، ۲۰۰۲) را که برای بیماران دچار اختلال دوقطبی تعدیل می‌شود مورد بررسی قرار دهد.

^۱ Basco

^۲ Scott

^۳ Crane

^۴ Kabat-Zinn

^۵ Mirabel-Sarron

^۶ remission

۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش

اختلال دوقطبی یک بیماری غیرقابل پیش‌بینی و عود کننده است که هم بر فرد و هم بر خانواده به طور مجزایی تأثیرات مخربی می‌گذارد. نرخ خودکشی، مصرف مواد، بیکاری، رفتارهای مجرمانه و طلاق در افرادی که از ابتلا به اختلال دوقطبی رنج می‌برند بالاست، به طوریکه این افراد در مقایسه با جمعیت عادی ۴ برابر ناتوان‌تر هستند (راسل^۱ و برون^۲، ۲۰۰۵). مطالعات نشان داده است که خطر خودکشی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی حداقل به اندازه افسردگی یک قطبی شایع و حتی از آن بالاتر است و ۱۵-۱۰٪ بیماران دوقطبی بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند. همچنین نرخ همبودی^۳ در این اختلال بالا است، به طور کلی ابتلای همزمان مصرف مواد و اختلالات اضطرابی، ۶۴ درصد می‌باشد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۸). این میزان همبودی در بیماران دچار اختلال دوقطبی حتی بیشتر از بیماران دچار افسردگی یک قطبی است که این مسئله نیز باعث بدتر شدن نتایج درمانی و افزایش بارز خطر خودکشی در این بیماران می‌شود (بال^۴، کری^۵ و میشل^۶، ۲۰۰۷). بر طبق برخی داده‌ها افراد مبتلا به اختلال دو قطبی از انزوای اجتماعی بیشتری رنج می‌برند، شبکه حمایتی نامطلوب و نقایصی در ارتباطات بین‌فردی خود دارند و بین ۲۰ تا ۵۰ درصد افراد مبتلا، دچار اختلالات مزمن در روابط اجتماعی و شغلی هستند (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۷). با وجود این ویژگی‌ها اختلال دوقطبی می‌تواند بسیار ناتوان کننده باشد و هزینه‌های گزافی را هم بر خود فرد، و هم بر خانواده و جامعه تحمیل کند. خوشبختانه درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی بسیاری از این مشکلات اثر گذار هستند. برای مثال اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم اضطراب (یوک^۷ و همکاران، ۲۰۰۸؛ کیم^۸ و همکاران، ۲۰۱۰)، افسردگی (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰؛ ما و تیزدل، ۲۰۰۴؛ فینوکین^۹ و مرکر^{۱۰}، ۲۰۰۶؛ کینگ استون^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۷؛ مانیکاواسگار^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۰) و افکار خودکشی (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۶؛ کرن^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۸؛ هپ برن^{۱۴}، ۲۰۰۹) نشان داده شده است.

^۱ Russell

^۲ Browne

^۳ comorbidity

^۴ Ball

^۵ Corry

^۶ Mitchell

^۷ Yook

^۸ Kim

^۹ Finucane

^{۱۰} Mercer

^{۱۱} Kingston

^{۱۲} Manicavasgar

^{۱۳} Crane

^{۱۴} Hepburn

در رابطه با رایج ترین درمان اختلال دوقطبی یعنی دارو درمانی نیز باید متذکر شد که اگرچه درمان نگهدارنده با لیتیوم، بسامد، شدت و مدت حملات شیدایی و افسردگی را به وضوح در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی کاهش می‌دهد و بهترین درمان دارویی نگهدارنده است، با این حال بیش از ۸۰٪ کسانی که لیتیوم دریافت می‌کنند دچار عوارض جانبی می‌شوند. عوارضی همچون عوارض عصبی، غدد درون ریز، عوارض قلبی-عروقی، کلیوی، پوستی، گوارشی و افزایش وزن از جمله این عوارض هستند. مصرف بیش از حد لیتیوم، رژیم غذایی کم نمک، کم آبی بدن و تداخل دارویی نیز می‌تواند منجر به مسمومیت با لیتیوم شود. گذشته از این عوارض، اثرات لیتیوم با تأخیر و به کندی آغاز می‌شود و این اثرات تا حدی نیز غیرقابل پیش‌بینی است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). اگرچه علاوه بر لیتیوم داروهای دیگری نیز مانند کاربامازپین و والپروات به بهبود علائم در این اختلال کمک می‌کنند، با این حال در ۷۳٪ موارد علائم این بیماران طی ۵ سال عود می‌کند (گیتلین^۱ و همکاران، ۱۹۹۵) و ۱۰ تا ۲۰ درصد موارد همچنان مزمن باقی می‌مانند (لیبو^۲، ۲۰۰۸). همچنین همانطور که ذکر شد، اثربخشی درمان‌های روانشناختی بکار برده شده در این گروه از بیماران نیز به طور قطع اثبات نگردیده است؛ علاوه بر این درمان‌ها طولانی مدت و گران قیمت هستند. اهمیت این مسئله از آنجا که هنوز در کشور ما خدمات روان درمانی تحت پوشش شرکت‌های بیمه در نیامده است دو چندان می‌شود. با توجه به این مسائل، ایجاد و بکارگیری مداخلات روانشناختی مقرون به صرفه در کنار دارو درمانی، به عنوان روشی برای کمک به پایداری خلق در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ضروری به نظر می‌رسد. لذا اهمیت پژوهش حاضر از این جهت است که اثربخشی یک برنامه درمانی ساختار یافته، گروهی و کوتاه مدت را به منظور کاهش شدت علائم افسردگی و شیدایی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مورد مطالعه قرار می‌دهد.

۱-۴ هدف پژوهش

تعیین اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شدت علائم افسردگی و شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

۱-۵ فرضیه‌های پژوهش

۱. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شدت علائم افسردگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی درمقایسه با گروه گواه، مؤثر است.
۲. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شدت علائم شیدایی/نیمه‌شیدایی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی درمقایسه با گروه گواه، مؤثر است.

^۱ Gitlin
^۲ Lebow

۱-۶ تعریف نظری و عملی متغیرهای پژوهش

۱-۶-۱ درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

تعریف نظری: این درمان از جمله رویکردهای درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ است که جنبه‌هایی از شناخت درمانی را با تمرین‌های مراقبه‌ای برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ ترکیب می‌کند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که بدون هیچ گونه قضاوتی بتوانند از افکارشان آگاه‌تر شوند و همچنین قادر باشند به جای اینکه افکار منفی (مثبت یا خنثی) را به عنوان انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند به آن‌ها تنها به عنوان رخدادهای ذهنی گذرا نگاه کنند (کرن، ۲۰۰۹).

تعریف عملی: در این پژوهش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یک پروتکل ۸ جلسه‌ای است که برای اختلال دوقطبی تعدیل شده است. این پروتکل از دو بخش تشکیل می‌شود، بخش اول جلسات ۴-۱ مربوط به مؤلفه ذهن آگاهی است که به طور کامل از پروتکل سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲) اتخاذ شده است و قسمت دوم یعنی جلسات ۸-۵ که بیشتر مؤلفه شناختی را دربر دارد، بر اساس کارهای لام^۳، جونز^۴ و هایوارد^۵ (۲۰۱۰) به گونه‌ای تغییر یافته است که برای بیماران دچار اختلال دوقطبی مناسب باشد.

۱-۶-۲ افسردگی

تعریف نظری: از دست دادن علاقه نسبت به فعالیت‌های لذت بخش گذشته، از دست دادن انرژی و علاقه، احساس گناه، دشواری در تمرکز، مشکلات خواب و اشتها و داشتن افکار مرگ و خودکشی از جمله علائم دوره افسردگی می‌باشند. بر طبق DSM-IV-TR برای تشخیص یک دوره افسردگی لازم است پنج تا از علائم مذکور همزمان در یک دوره دوهفته‌ای وجود داشته باشد.

تعریف عملی: نمره‌ای است که آزمودنی در نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک^۶ (بک و استیر^۷، ۱۹۸۷) کسب می‌کند.

۱-۶-۳ شیدایی

تعریف نظری: دوره شیدایی، دوره‌ی مشخصی از خلق نابهنجار و مستمراً بالا، منبسط یا تحریک پذیر است. برای تشخیص این دوره لازم است بیمار حداقل سه تا از این علائم را طی یک هفته تجربه کند، اعتماد به نفس بیش از حد

^۱ Mindfulness-Based Treatment Approaches

^۲ Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

^۳ Lam

^۴ Jones

^۵ Hayward

^۶ Beck Depression Inventory (BDI -II)

^۷ Steer

بالا، کاهش نیاز به خواب، پرحرفی، حواسپرتی، پرش افکار، شدید بودن فعالیت جسمی و ذهنی و انجام مفرط رفتارهای خوشایند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). لازم به یادآوری است که هر کدام از این دوره ها باید کارکردهای اجتماعی، شغلی، روابط بین فردی یا سایر حوزه های مهم زندگی را به وضوح مختل کرده باشد.

تعریف عملی: نمره‌ای است که آزمودنی در مقیاس درجه‌بندی شیدایی یانگ^۱ (یانگ، بیگز^۲، زیگلر^۳ و میر^۴، ۱۹۸۷) کسب می‌کند.

^۱ Young Mania Rating Scale (YMRS)
^۲ Biggs
^۳ Ziegler
^۴ Meyer

فصل دوم: مبانی نظری پژوهش و مروری بر تحقیقات پیشین

۲-۱ تاریخچه اختلال دوقطبی

اولین اشارات به اختلال دوقطبی در کارهای پزشکان یونانی در دوران باستان دیده می‌شود. شیدایی و ملانکولی اگرچه به شکلی گسترده‌تر از مفاهیم مدرن کنونی، اولین توصیفات از بیماری‌های انسان هستند. با این وجود، بقراط^۱ (۳۳۷-۴۶۰ ق.م) اولین کسی بود که به طور نظام‌دار، ملانکولی و شیدایی را توصیف کرده است. او مطرح کرد که بیماری‌ها با تنبیه خداوند مرتبط نیستند؛ در عوض آنها با فرایندهای روانشناختی و محیطی مرتبطند و اختلال در احساس، ادراک، اراده و رفتار به دلیل بیماری مغز است. روانپزشکی یکی از علایق بقراط بود و او نخستین طبقه‌بندی از اختلالات روانی را با عنوان ملانکولی، شیدایی و پارانویا فرمول بندی کرد. او همچنین نخستین تلاش‌ها را برای توصیف شخصیت بر اساس مزاج انجام داد و شخصیت را به انواع کلریک^۲، فلگماتیک^۳، سنگوبینه^۴ و ملانکولیک^۵ تقسیم کرد. (الکساندر^۶ و سلسنیک^۷، ۱۹۹۶، به نقل از مارنروس^۸ و انگست^۹، ۲۰۰۲). او همچنین شخصیت نیمه‌شیدا و خلق و خوی هیپرتیمیک را توصیف کرد. اریک مندل^{۱۰} اصطلاح نیمه‌شیدایی بقراط را مجدداً در سال ۱۸۸۱ مطرح کرد.

اگرچه ریشه شناسی^{۱۱} لغت ملانکولی روشن است، اما منشأ شیدایی به دلیل اینکه ریشه‌های اساطیری دارد، نسبتاً ناآشکار است. ملانکولی (melas=سیاه^{۱۲} و chole=صفرا^{۱۳}) مبتنی بر نظریه مزاجی^{۱۴} است. ریشه شناسی شیدایی دشوار است چون این کلمه معانی بسیاری دارد. این لغت در اسطوره‌ها و اشعار برای توصیف حالات مختلفی بکار رفته است. به طور کلی در دوره باستان شیدایی به ۴ معنی بکار برده شده است:

۱. واکنش به یک رخداد به صورت طغیان^{۱۵}، خشم یا برانگیختگی

۲. یک تعریف زیستی بیماری (بقراط، آرتائوس^{۱۶} و دیگران)

۳. یک حالت الهی^{۱۷} (سقراط و افلاطون)

^۱ hippocrates

^۲ choleric

^۳ phlegmatic

^۴ sanguine

^۵ melancholic

^۶ Alexander

^۷ Selesnick

^۸ Marneros

^۹ Angst

^{۱۰} Erich Mendel

^{۱۱} etymology

^{۱۲} black

^{۱۳} bile

^{۱۴} humoral theory

^{۱۵} rage

^{۱۶} Aretaeus

^{۱۷} divine

۴. نوعی خلق و خو، مخصوصاً در شکل‌های ملایم آن (بقراط)

آرتائوس که در قرن یک بعد از میلاد در اسکندریه زندگی می‌کرد در کتابش تحت عنوان سبب شناسی و نشانه شناسی بیماری‌های مزمن و درمان بیماری‌های مزمن^۱ به دقت بسیاری از بیماری‌های روانی را توصیف کرده است. فصل ۵ این کتاب در مورد ملانکولی و فصل ۶ آن در مورد شیدایی است. او آشکارا مبدع ایده اختلال دوقطبی است. او اولین کسی است که ملانکولی و شیدایی را دو شکل متفاوت از یک بیماری واحد توصیف کرده است (مارنروس و انگست، ۲۰۰۲).

تولد مفهوم مدرن اختلال دوقطبی زمانی است که جان پیرر فالره^۲ برای نخستین بار در سال ۱۸۵۱، اختلالی با ماهیت مجزا را با نام جنون دوره‌ای^۳ توصیف کرد که ویژگی‌اش وجود یک چرخه پیوسته از افسردگی، شیدایی و فاصله‌های بدون علامت^۴ بود. او تغییر پی‌درپی از ملانکولی به شیدایی و برعکس را تعریف کرد. سه سال بعد در سال ۱۸۵۴ جولز بیلاگر^۵ مفهوم جنون دوگانه شکل^۶ را مطرح کرد. برخلاف فالره که فاصله‌ای طولانی بین دوره ملانکولی و شیدایی در نظر گرفته بود، او نوعی بیماری را فرض کرد که در آن ملانکولی و شیدایی بدون هیچ فاصله‌ای از یکی به دیگری تغییر می‌کند. مفاهیم جنون دوره‌ای و جنون دوگانه شکل در فرانسه، و مدت کوتاهی بعد در سایر کشورهای اروپایی مخصوصاً در کشورهای آلمانی زبان بطور گسترده‌ای بکار برده شدند. این توسعه مدیون کارهای روانپزشکی آلمانی کارل کابام^۷ است. او در سال ۱۸۶۳ این دو اصطلاح را وارد روانپزشکی آلمانی نمود. او همچنین برای نخستین بار اصطلاحات سیکلو تایمی^۸ و اسکیزوافکتیو^۹ را توصیف نمود (مارنروس و انگست، ۲۰۰۲).

در سال ۱۸۸۹ امیل کریپلین^{۱۰} بر اساس اطلاعاتی که از روانپزشکان آلمانی و فرانسوی پیش از خود بدست آورده بود، نوعی روانپریشی به نام روانپریشی شیدایی-افسردگی^{۱۱} را توصیف کرد که اکثر اختلالات عاطفی^{۱۲} را دربر می‌گرفت که البته این یگانه سازی مخصوصاً در آلمان توسط کارل ورنیکه^{۱۳} و شاگردش کارل کلیست^{۱۴} مورد انتقاد قرار گرفت. ورنیکه به دقت انواع مختلف نشانگان عاطفی را از هم متمایز نمود. برای مثال او ۵ نوع از ملانکولیا را از هم متمایز کرد. ملانکولی

^۱ Aetiology and Symptomatology of Chronic Diseases and The Treatment of Chronic Diseases

^۲ Jean-Pierre Falret

^۳ folie circulaire

^۴ Free intervals

^۵ Jules Baillarger

^۶ folie á double forme

^۷ Karl Kahlbaum

^۸ Cyclothymia

^۹ Schizoaffective

^{۱۰} Emil Kraepelin

^{۱۱} manic-depressive insanity

^{۱۲} affective disorders

^{۱۳} Carl Wernicke

^{۱۴} Karl Kleist