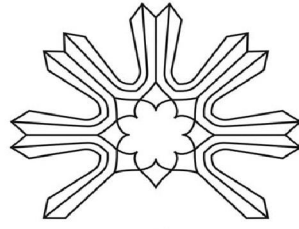


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه محقق اردبیلی

دانشکده ادبیات و علوم انسانی

گروه روان‌شناسی

عنوان:

مقایسه تکانشوری و اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

و افسردگی اساسی

استاد راهنما:

دکتر بتول احدی

استاد مشاور:

دکتر محمد نریمانی

نگارش:

عبدالصمد آق

تابستان ۱۳۹۰

تقدیم به

پدر و مادر گرانقدرم

با عشق و سپاس

## تشکر و سپاس

خداوند را سپاس می گویم که اندیشه های الهام بخش را در روان و تن آنان که خواهان خدمت به او و بندگان هستند، بارور می نماید و قلم و آنچه را که بدان نگاشته شود عزیز می دارد.

از اساتید گرانقدر خود، دکتر بتول احدی و دکتر محمد نریمانی که از راهنمایی ها و دلگرمی هایشان بهره مند بودم، سپاسگزارم.

از دوستان گرامی آقایان عبدالله قاسمپور، مهدی کلهرنیا گلکار و سعید مهرآبادی که در برخی مراحل پژوهش از یاریشان بهره مند بودم سپاسگزارم.

همچنین از آقای مجید غفاری، دانشجوی دکترای مشاوره دانشگاه اصفهان، بخاطر راهنمایی های خوب شان در امر پایان نامه تقدیر می نمایم.

نام خانوادگی دانشجو: آق	نام: عبدالصمد
عنوان پایان نامه: مقایسه تکانشوری و اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی	
استاد راهنما: دکتر بتول احدی	
استاد مشاور: دکتر محمد نریمانی	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
گرایش: بالینی	دانشگاه: محقق اردبیلی
تاریخ فارغ التحصیلی: ۱۳۹۰/۰۶/۲۳	شماره صفحه: ۱۴۲
کلید واژه‌ها: اختلال دوقطبی، افسردگی اساسی، تکانشوری، اقدام به خودکشی	
چکیده:	
<p>هدف پژوهش حاضر مقایسه تکانشوری و اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی بود. به همین منظور نمونه پژوهش شامل ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک، ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو و همچنین ۶۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی با روش نمونه گیری در دسترس بر اساس تشخیص روانپزشک انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از مصاحبه بالینی ساختار یافته، مقیاس تکانشوری بارت و پرسشنامه اندیشناکی خودکشی استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها نیز از تحلیل واریانس یک راهه، تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. یافته ها نشان داد که بین سه گروه در میزان تکانشوری تفاوت معنی دار وجود دارد و افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک دارای تکانشوری بیشتری نسبت به دو گروه دیگر می باشند. همچنین بین سه گروه در میزان اقدام به خودکشی تفاوت معنادار وجود داشت و افراد مبتلا به افسردگی اساسی، اقدام به خودکشی بیشتری نسبت به دو گروه دیگر داشتند. نتایج این پژوهش با سایر پژوهشهای مرتبط همخوانی دارد. توجه بیشتر در درمان بیماران دوقطبی به ویژگیهای تکانشورانه آنها و توجه به متغیرهای برانگیزنده گرایش به خودکشی در بیماران افسرده اساسی، پیشنهاد این پژوهش می باشد.</p>	

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل اول: کلیات پژوهش.....
۲	۱-۱- مقدمه.....
۵	۲-۱- بیان مساله.....
۷	۳-۱- اهمیت و ضرورت تحقیق.....
۷	۴-۱- اهداف پژوهش.....
۷	۱-۴-۱- هدف کلی.....
۸	۲-۴-۱- اهداف اختصاصی.....
۸	۵-۱- سوالات پژوهش.....
۸	۶-۱- تعریف نظری و عملیاتی متغیرها.....
۱۰	فصل دوم: مبانی نظری و عملی پژوهش.....
۱۱	۱-۲- مقدمه.....
۱۱	۲-۲- طبقه بندی اختلالات خلقی در DSM-IV-IR.....
۱۲	۳-۲- افسردگی.....
۱۳	۴-۲- تاریخچه افسردگی.....
۱۳	۵-۲- اختلال افسردگی اساسی.....
۱۷	۶-۲- شیوع اختلال افسردگی اساسی.....
۱۹	۷-۲- سبب شناسی افسردگی.....
۱۹	۲-۷-۱- عوامل زیست شناختی.....
۲۰	۲-۷-۲- سایر عوامل نوروشیمیایی.....
۲۱	۳-۷-۲- عوامل روان پویشی.....
۲۲	۴-۷-۲- عوامل یادگیری.....
۲۲	۸-۲- نظریه های افسردگی.....
۲۲	۲-۸-۱- نظریه شناختی.....
۲۴	۲-۸-۲- نظریه اصالت وجودی.....
۲۴	۳-۸-۲- عوامل شخصیتی.....
۲۴	۴-۸-۲- مدل رفتاری لوینسون در خصوص افسردگی.....

۲۶	..... مدل خویشتن داری رم..... ۲-۸-۵
۲۸	..... مدل شناختی - بالینی بک..... ۲-۸-۶
۳۲	..... نظریه شبکه تداعی..... ۲-۸-۷
۳۶	..... مدل درماندگی آموخته شده..... ۲-۸-۸
۳۷	..... مدل تکرار غیر ارادی خود نظم بخش..... ۲-۸-۹
۳۷	..... مدل سبک های پاسخی به افسردگی..... ۲-۸-۱۰
۳۹	..... مدل شناختی جدید بک از افسردگی..... ۲-۸-۱۱
۴۱	..... مدل زیر سیستم های شناختی متعامل..... ۲-۸-۱۲
۴۷	..... اختلال دوقطبی..... ۲-۹-۹
۴۷	..... تعریف و ماهیت اختلال دوقطبی..... ۲-۱۰-۱۰
۵۰	..... علامت ها..... ۲-۱۱-۱۱
۵۰	..... نشانه های خلقی یا هیجانی..... ۲-۱۱-۱
۵۰	..... نشانه های فکری یا شناختی..... ۲-۱۱-۲
۵۱	..... نشانه های انگیزشی..... ۲-۱۱-۳
۵۱	..... نشانه های جسمانی یا تنی..... ۲-۱۱-۴
۵۱	..... سبب شناسی..... ۲-۱۲-۱۲
۵۲	..... عوامل زیستی..... ۲-۱۲-۱
۵۴	..... عوامل ژنتیکی..... ۲-۱۲-۲
۵۴	..... مطالعات خانوادگی..... ۲-۱۲-۱
۵۵	..... مطالعات فرزند خواندگی..... ۲-۱۲-۲
۵۵	..... مطالعات دوقلویی..... ۲-۱۲-۳
۵۶	..... مطالعات پیوستگی..... ۲-۱۲-۴
۵۶	..... کروموزوم ۱۱ و اختلال دوقطبی I..... ۲-۱۲-۳
۵۶	..... کروموزوم X و اختلال دوقطبی I..... ۲-۱۲-۴
۵۷	..... عوامل روانی - اجتماعی..... ۲-۱۲-۵
۵۷	..... شیوع..... ۲-۱۳-۱۳
۵۸	..... اختلال های همراه..... ۲-۱۴-۱۴
۵۹	..... ویژگی های دوره مانیا در اختلال دوقطبی..... ۲-۱۵-۱۵
۶۱	..... ویژگی های بالینی اختلال دوقطبی II..... ۲-۱۶-۱۶

۶۲	..... ۱۷-۲- تشخیص اختلال دوقطبی II
۶۲	..... ۱۸-۲- ملاک های تشخیصی برای اختلال دوقطبی II
۶۲	..... ۱۹-۲- تشخیص اختلال دوقطبی I
۶۳	..... ۲۰-۲- ملاک های تشخیصی برای اختلال دوقطبی I
۶۳	..... ۱-۲۰-۲- ملاک های دوره مانیا
۶۴	..... ۲۱-۲- تشخیص افتراقی اختلال دوقطبی I
۶۵	..... ۲۲-۲- سیر و پیش آگهی
۶۵	..... ۱-۲۲-۲- سیر اختلال دوقطبی I
۶۵	..... ۲-۲۲-۲- پیش آگهی اختلال دوقطبی I
۶۶	..... ۳-۲۲-۲- سیر و پیش آگهی اختلال دوقطبی II
۶۶	..... ۲۳-۲- درمان
۷۰	..... ۲۴-۲- تکانشوری
۷۰	..... ۲۵-۲- رویکرد های مختلف در تحلیل رفتار تکانشی
۷۱	..... ۱-۲۵-۲- رویکرد شخصیت شناسانه
۷۴	..... ۲-۲۵-۲- رویکرد رفتار گرایانه
۷۵	..... ۳-۲۵-۲- رویکرد زیستی
۷۷	..... ۴-۲۵-۲- رویکرد اجتماعی
۷۷	..... ۲۶-۲- تکانشوری و جنسیت
۷۷	..... ۲۷-۲- اختلال های مرتبط با تکانشوری
۷۸	..... ۲۸-۲- روانسنجی تکانشوری و تجارب موجود در ایران
۸۱	..... ۲۹-۲- درمان
۸۲	..... ۳۰-۲- خودکشی
۸۶	..... ۳۱-۲- روش های خودکشی
۸۷	..... ۳۲-۲- طبقه بندی خودکشی های ناشی از بیماری روانی
۸۷	..... ۱-۳۲-۲- خودکشی ناشی از ابتلا به مالیخولیا
۸۸	..... ۲-۳۲-۲- خودکشی مالیخولیایی ناشی از حزن و اندوه
۸۹	..... ۳-۳۲-۲- خودکشی ناشی از وسوسه
۸۹	..... ۴-۳۲-۲- خودکشی ناشی از انگیزه آنییا غیرارادی
۹۱	..... ۳۳-۲- پیشینه تحقیق



۹۱	..... ۲-۳۳-۱- پیشینه مربوط به تکانشوری
۹۲	..... ۲-۳۱-۲- پیشینه مربوط به اقدام به خودکشی
۹۵	..... فصل سوم: روش بررسی
۹۶	..... ۳-۱- روش پژوهش
۹۶	..... ۳-۲- جامعه آماری
۹۶	..... ۳-۳- حجم نمونه و روش نمونه گیری
۹۷	..... ۳-۴- ابزار جمع آوری اطلاعات
۹۷	..... ۳-۴-۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته
۹۷	..... ۳-۴-۲- مقیاس تکانشوری بارت
۹۸	..... ۳-۴-۳- پرسشنامه اندیشناکی خودکشی
۹۸	..... ۳-۵- روش اجرای پژوهش
۹۹	..... ۳-۶- روش تجزیه و تحلیل
۱۰۰	..... فصل چهارم: یافته های پژوهش
۱۰۱	..... ۴-۱- مقدمه
۱۰۱	..... ۴-۲- یافته های توصیفی
۱۰۹	..... ۴-۳- یافته های استنباطی
۱۱۴	..... فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۱۱۵	..... ۵-۱- بحث و نتیجه گیری
۱۲۰	..... ۵-۲- محدودیت ها
۱۲۱	..... ۵-۳- پیشنهادات
۱۲۲	..... منابع
۱۳۸	..... پیوست و ضمائم

## فهرست جداول

### عنوان

### صفحه

صفحه	عنوان
۱۶	۱-۲- ملاک های تشخیصی دوره افسردگی اساسی بر اساس DSM-IV-IR .....
۲۳	۲-۲- اجزاء نظریه شناختی در اختلال افسردگی اساسی .....
۴۶	۳-۲- تفاوت های بین معنا و مضمون .....
۱۰۱	۱-۴- توزیع فراوانی تحصیلات آزمودنی ها .....
۱۰۲	۲-۴- توزیع فراوانی وضعیت تاهل آزمودنی ها .....
۱۰۲	۳-۴- توزیع فراوانی وضعیت اقتصادی آزمودنی ها .....
۱۰۳	۴-۴- توزیع فراوانی سن آزمودنی ها .....
۱۰۳	۵-۴- توزیع فراوانی آزمودنی ها براساس محل سکونت .....
۱۰۴	۶-۴- توزیع فراوانی سابقه بیماری در آزمودنی ها .....
۱۰۴	۷-۴- توزیع فراوانی دفعات بستری در آزمودنی ها .....
۱۰۵	۸-۴- توزیع فراوانی مدت بستری در آزمودنی ها .....
۱۰۵	۹-۴- میانگین و انحراف استاندارد نمرات تکانشوری در سه گروه مورد پژوهش .....
۱۰۶	۱۰-۴- درصد فراوانی پاسخ آزمودنی ها به ماده های ۱، ۴-۱، ۲، ۳ و ۴ در سه گروه مورد پژوهش .....
۱۰۷	۱۱-۴- توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس روش های تلاش برای خودکشی .....
۱۰۸	۱۲-۴- توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس دلایل شکست در اقدام به خودکشی .....
۱۰۸	۱۳-۴- توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس زمان سپری شده از تلاش برای خودکشی .....
۱۰۹	۱۴-۴- نتایج آزمون لوین برای متغیر تکانشوری .....
۱۱۰	۱۵-۴- نتایج آماره معناداری مانووا .....
۱۱۰	۱۶-۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات سه گروه در متغیرهای مورد بررسی .....
۱۱۰	۱۷-۴- نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه دو به دوی میانگین گروه ها براساس شاخص های تفاوت میانگین ها و سطح معناداری .....
۱۱۱	تفاوت میانگین ها و سطح معناداری .....

- ۱۱۲ .....۱۸-۴- نتایج آزمون لوین برای متغیر دفعات اقدام به خودکشی.....
- ۱۱۲ .....۱۹-۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس دفعات اقدام به خودکشی در سه گروه مورد پژوهش.....
- .....۲۰-۴- نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه دو به دوی میانگین گروه ها براساس شاخص های
- ۱۱۳ ..... تفاوت میانگین ها و سطح معناداری.....

# فصل اول

## کلیات

اختلال های خلقی<sup>۱</sup> با اختلال در تنظیم خلق، رفتار و عاطفه مشخص می شوند از این رو فرد طیفی نابهنجار از افسردگی تا نشئه و شادی را تجربه می کند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۴). سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup>، اختلال های خلقی را یکی از مشکلات بهداشتی جهان در سده ۲۱ دانسته است (بوید<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). در ایالات متحده آمریکا، اختلال های خلقی نزدیک به ۲۵ درصد کل بیماری ها را تشکیل می دهند. این میزان از میزان انواع سرطان ها که جامعه بشری را دربر گرفته است، بیشتر است (کارسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). در ایران نیز شیوع مادام العمر اختلال های خلقی ۲ تا ۲۵ درصد گزارش شده است (نصیری، ۱۳۸۲). پیامدهای اجتناب ناپذیر و سنگین اختلال های خلقی و ماهیت عود کننده و هزینه های سنگین آن سبب شده است که این اختلال در ردیف اختلال های ناتوان کننده به شمار رود و متخصصان به مراقبت و درمان این اختلال توجه ویژه ای داشته باشند (میکلوویتز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴).

اختلال دو قطبی<sup>۶</sup> یکی از اختلالات روانپزشکی می باشد که با تغییرات خلقی و دوره های مکرر افسردگی و مانیا مشخص می شود (سوان<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). این اختلال در همه مردم جهان، از هر نژاد و طبقه اجتماعی ممکن است دیده شود و با ناتوانی های متعددی همراه بوده و ششمین علت اصلی ناتوانی در جهان است (ماسر و همکاران<sup>۸</sup>، ۱۹۹۶؛ بال<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰).

متأسفانه خودکشی و ویژگی متداول مرتبط با اختلال دوقطبی است. تخمین خودکشی در اختلال دوقطبی از ۸ درصد تا حداکثر ۶۰ درصد می رسد به طوری که میانگین میزان در حدود ۱۹ درصد است. خودکشی اغلب در مردان بیشتر از زنان رخ می دهد و احتمال بیشتری دارد که در طول یک دوره

1. Mood Disorders

2. World Health Organization

3. Boyd

4. Carson

5. Miklovitz

6. Bipolar Disorder

7. Swann

8. Mueser et al

9. Bull

افسردگی رخ دهد. افراد دارای اختلال دو قطبی که همچنین اختلال همایند سوء مصرف مواد و اختلال اضطرابی دارند در معرض توجه بیشتری برای خطر خودکشی و پیامد درمانی ضعیفی در دراز مدت قرار دارند (براون، بارلو، ۲۰۰۷).

اختلال افسردگی<sup>۱</sup>، متداولترین اختلال در بین اختلالات روانپزشکی به شمار می‌رود. به طوری که درصد بالایی از کلیه بیماران بستری در بیمارستان‌ها را از این نوع بیماران تشکیل می‌دهند، هر روزه در مراکز درمانی دنیا، میلیون‌ها نفر به وسیله متخصصان امر به عنوان مراجع افسرده تشخیص داده می‌شوند. شیوع این اختلال ده برابر بیشتر از اسکیزوفرنی است. به عبارتی ۲۵ درصد افراد و یا شاید تعداد بیشتری از مردم عادی، حداقل یک بار در زندگی دچار افسردگی شده‌اند (بلاک برن<sup>۲</sup>؛ ترجمه شمس، ۱۳۸۷).

علائم و نشانه‌های این اختلال متنوع است و تمامی عملکردهای انسان را از هر دو جنبه روان شناختی و جسمانی تحت تاثیر قرار می‌دهند. بیمار ممکن است اظهار کند که احساس غم، یاس، پوچی و بی-ارزشی می‌کند. برای بیمار، خلق افسرده غالباً کیفیت خاصی دارد که با غمگینی معمولی متفاوت است. بعضی بیماران آن را یک درد روحی توانفرسا توصیف می‌کنند. بیماران افسرده گاهی از ناتوانی برای گریه کردن شکایت می‌کنند، علامتی که با بهبودی بیماری از بین می‌رود. تقریباً دوسوم بیماران افسرده به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن‌ها به زندگی خود خاتمه می‌دهند. با این حال، گاهی بیماران افسرده به نظر می‌رسد که به افسردگی خود واقف نیستند و شکایتی از اختلال خلق نمی‌کنند، هر چند از خانواده و دوستان خود کناره گرفته و از فعالیت‌هایی که قبلاً مورد علاقه آن‌ها بوده است دست برمی‌دارند. تقریباً همه بیماران افسرده (۹۷ درصد) از کاهش انرژی که منجر به بروز اشکال در تکمیل تکالیف، اختلال در کار تحصیلی و حرفه‌ای و کاهش انگیزه برای انجام طرح‌های تازه می‌گردد، شکایت می‌کنند. تقریباً ۸۰ درصد از بیماران از اختلال خواب، بخصوص زود بیدار شدن از خواب (یعنی بی-خوابی آخر شب) و بیداری‌های مکرر شبانه، که ضمن آن در مورد مسایل خود به نشخوار ذهنی می‌پردازند، رنج می‌برند. بسیاری از بیماران دچار بی‌اشتهایی و کاهش وزن می‌گردند (سادوک و سادوک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ ترجمه رفیعی، رضایی، ۱۳۸۲).

<sup>1</sup>. Depression Disorder

<sup>2</sup>. Blackburn

<sup>3</sup>. Sadock & Sadock

خودکشی از موارد اورژانسی اصلی متخصصان بهداشت روانی بوده و معضلی برای سلامت عمومی جامعه به شمار می آید (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). خودکشی پدیده ای متحدالشکل نیست بلکه می توان آن را در طول پیوستاری از فکر کردن به خودکشی تا اقدام عملی برای ارتکاب آن در نظر آورد. افراد در معرض خودکشی را می توان به سه گروه تقسیم کرد: اندیشه پردازان، اقدام کنندگان و تکمیل کنندگان. اندیشه پردازان افرادی هستند که اخیراً اقدامات آشکاری برای خودکشی انجام نداده اند اما درباره آن فکر کرده یا طرحها و آرزوهایی برای ارتکاب آن در سر پرورانده اند (رینک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). موضوعات متنوعی به عنوان عوامل خطرناکیز برای خودکشی ذکر شده است. مهمترین عوامل خطرناکیز عبارتند از اختلال روانی و اقدام خودکشی قبلی (برونیش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). به ویژه، ارتباط نیرومندی بین افسردگی و خودکشی مشاهده شده است (داویلا و دالی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰).

اختلالهای افسردگی ۸۰ درصد از ۹۵ درصد اختلالهای روانی قابل تشخیص در مرتکب شوندگان یا اقدام کنندگان خودکشی را شامل میشوند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ مورفی<sup>۴</sup>، ۱۹۸۵). ناامیدی مهمترین عامل مرتبط با افسردگی است که نقش عمده ای در اندیشه پردازی، اقدام و تکمیل خودکشی ایفا میکند (آلوی<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۸۸؛ بک، ۱۹۸۶؛ بک و همکاران، ۱۹۹۳؛ مینکوف<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۷۳).

در چند سال اخیر تکانشوری<sup>۷</sup> علایق زیادی در پژوهش های مربوط به خودکشی به خود جذب کرده و آن را به عنوان یک صفت خانوادگی مستعد کننده افراد برای اجرایی کردن افکار خودکشی در نظر گرفته اند (برودسکی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ کیم<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ ماسر<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ سیلورمن<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۱).

---

<sup>1</sup>. Reinecke  
<sup>2</sup>. Bronisch  
<sup>3</sup>. Davila & Daley  
<sup>4</sup>. Murphy  
<sup>5</sup>. Alloy  
<sup>6</sup>. Minkoff  
<sup>7</sup>. Impulsivity  
<sup>8</sup>. Brodsky  
<sup>9</sup>. Kim  
<sup>10</sup>. Mueser  
<sup>11</sup>. Silverman

تکانشوری عبارت است از ناتوانی در مقاومت در برابر یک سائق یا محرک یا رفتاری که بدون بازتاب یا در نظر گرفتن عواقب چنین رفتاری صورت می پذیرد (مولر و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱؛ داو و لوکستون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). تکانشوری نه تنها به عنوان یکی از ابعاد خودکشی شناخته شده بلکه آن را به عنوان یک صفت مشخص افراد در معرض خودکشی صرف نظر از نوع تشخیص روانپزشکی در نظر گرفته اند (مان<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۹).

در میان مشکلاتی که درمان گران بالینی با آن روبرو می شوند هیچ یک به اندازه خودکشی فوریت ندارد. داده ها نشان می دهد که خودکشی همچنان یکی از علل پیشتاز مرگ در میان جوانان باقی مانده و رو به افزایش است. با در نظر گرفتن موارد فوق، هدف از پژوهش حاضر، مقایسه تکانشوری و اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی می باشد.

#### ۱-۲- بیان مساله

اختلالات خلقی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی هستند که به صورت خلق پایین در دوره های افسردگی و یا خلق بالا در دوره های شیدایی نمود پیدا می کنند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۴). اختلالات خلقی به اختلالات افسردگی، اختلالات دوقطبی و دو اختلال مبتنی بر سبب شناسی (اختلال خلقی به علت یک حالت طبی عمومی و اختلال خلقی ناشی از مواد) تقسیم می شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). اختلال دوقطبی بیماری روانی متداولی است که به عنوان بیماری شیدایی- افسردگی شناخته می شود و سبب تغییر در خلق، انرژی و توانایی عملکرد فرد می شود (ملیسا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). دامنه بالینی اختلال دوقطبی از هیپومانیا و افسردگی متوسط تا مانیای شدید و افسردگی با نشانه های پسیکوتیک را در بر می گیرد (مولر- اورلیگاسن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).

مطالعات اخیر حاکی از آن است که در میان درصد بالایی از بیماران دوقطبی، پیش آگهی وخیم، نرخ بالای عود، نشانه های باقی مانده، نارسایی های کنشی و شناختی و ناتوانایی های روانی- اجتماعی مزمن گزارش شده است (مولر- اورلیگاسن و همکاران، ۲۰۰۲). مرگ و میر در مبتلایان به اختلال دوقطبی

<sup>1</sup>. Mueller et al

<sup>2</sup>. Dawe & Loxton

<sup>3</sup>. Mann

<sup>4</sup>. Mellisa

<sup>5</sup>. Muller-Oerlinhausen



دوتا سه برابر بیشتر از کل جامعه است و ده تا بیست درصد این بیماران سابقه اقدام به خودکشی<sup>۱</sup> و سه چهارم آنها خودکشی موفق داشته اند. این بیماران در مراحل افسردگی بیشتر در معرض خطر اقدام به خودکشی هستند، به طوری که در اختلال دوقطبی نوع یک که رویدادهای افسردگی مکرر تجربه می شود، احتمال اقدام به خودکشی بسیار بالا می باشد (مولر- اورلیگاسن و همکاران، ۲۰۰۲).

برخی از پژوهشگران علاقه مند به بررسی صفات پرخاشگرانه توام با تکانشوری<sup>۲</sup> در بیماران اقدام کننده به خودکشی هستند (زوک<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). تکانشوری گرایش به عمل بدون تفکر قبلی و بدون در نظر گرفتن پیامدهای آن تعریف شده است. پرخاشگری، تکانشوری و بدبینی، پیش بینی کننده های بالینی رفتارهای خودکشی در بیماران خلقی می باشند. صفات پرخاشگرانه یا تکانشوری در افراد اقدام کننده به خودکشی که مبتلا به اختلال دوقطبی هستند بسیار شایع می باشد (زالسمن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). در ارزیابی بالینی اقدام به خودکشی، «برنامه ریزی قبلی» فاکتور مهمی است. نتایج بررسی های مختلف مبین آن است که بخش اعظم اقدام کنندگان به خودکشی را افرادی تشکیل می دهند که بدون برنامه ریزی قبلی این عمل را انجام می دهند. اقدام به خودکشی توام با تکانشوری متفاوت از اقدام به خودکشی است که با برنامه ریزی همراه بوده است (وایت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). از طرف دیگر برخی مطالعات حاکی از آن است که تکانشوری نقش مهمی در اختلال دوقطبی خصوصاً در مرحله مانیک دارد به طوری که به عنوان یکی از مولفه های مانیا و نشانه مهم تشخیصی آن مطرح شده است (سوان<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). با این وجود رابطه بین تکانشوری و نشانه های مانیک چندان مورد مطالعه قرار نگرفته است و درباره تکانشوری و افسردگی اطلاعات بسیار کمتری موجود است. سوال اصلی که این پژوهش به دنبال پاسخگویی به آن بود این است که میزان تکانشوری و اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی به چه شکل بوده و در کدام گروه شدت بیشتری دارد؟

---

1 . Attempted suicide

2 . Impulsivity

3 . Zouk

4 . Zalsman

5 . Witte

6 . Swann

### ۱-۳- اهمیت و ضرورت تحقیق

ناهمگنی بالینی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، تحقیقات بسیاری را برانگیخته است. یافته های پژوهشی حاکی از آن است که اقدام به خودکشی در افراد افسرده بسیار بیشتر از افراد غیر افسرده است (چادوری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). با این حال رفتارهای خودکشی متفاوتی در میان اقدام کنندگان به خودکشی مشاهده شده است.

برخی از این افراد در اقدام به خودکشی از شیوه های توأم با پرخاشگری استفاده می کنند، در حالی که برخی دیگر از آنها از شیوه های غیرخشن استفاده می کنند. همچنین مشاهدات بالینی نشان می دهد که برخی از اقدام کنندگان به خودکشی از مدت ها قبل برنامه ریزی می کنند، در حالی که عده دیگر به صورت تکانشی و در واکنش به شرایط این عمل را انجام می دهند.

در حالی که شیوع اقدام به خودکشی در بیماران افسرده و همچنین در مراحل افسردگی اختلال دوقطبی بیشتر گزارش شده است، رفتارهای تکانشی نیز به عنوان یکی از ویژگی های مرحله مانیا در اختلال دوقطبی مطرح می باشد. با این حال پژوهش ها حاکی از ارتباط فیزیولوژیایی بین رفتارهای خودکشی توأم با خشونت و بدون برنامه ریزی قبلی با صفت تکانشوری می باشد (کورابل<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹).

بنابراین از آنجایی که رابطه بین اقدام به خودکشی و تکانشوری با افسردگی و اختلال دوقطبی چندان مشخص و روشن نیست، پژوهش حاضر با هدف درک و شناسایی بهتر ویژگی های اختلال دوقطبی و تمایز آن از اختلال افسردگی اساسی به مقایسه میزان تکانشوری و اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک، نوع دو و افسردگی اساسی می پردازد.

### ۱-۴- اهداف پژوهش

#### ۱-۴-۱- هدف کلی

مقایسه میزان تکانشوری و اقدام به خودکشی در مبتلایان به اختلال دوقطبی نوع یک، نوع دو و افسردگی اساسی.

<sup>1</sup>. Chaudhury

<sup>2</sup>. Coruble

#### ۱-۴-۲- اهداف اختصاصی

۱. مقایسه میزان تکانشوری بی برنامه در مبتلایان به اختلال دو قطبی نوع یک، اختلال دوقطبی نوع دو و افسردگی اساسی.
۲. مقایسه میزان تکانشوری حرکتی در مبتلایان به اختلال دو قطبی نوع یک، اختلال دوقطبی نوع دو و افسردگی اساسی.
۳. مقایسه میزان تکانشوری شناختی در مبتلایان به اختلال دو قطبی نوع یک، اختلال دوقطبی نوع دو و افسردگی اساسی.
۴. مقایسه میزان اقدام به خودکشی در مبتلایان به اختلال دو قطبی نوع یک، اختلال دوقطبی نوع دو و افسردگی اساسی.

#### ۱-۵- سوالات پژوهش

- ۱- آیا تفاوت معنی داری بین میزان تکانشوری بی برنامه در مبتلایان به اختلال دوقطبی نوع یک، نوع دو و افسردگی اساسی وجود دارد؟
- ۲- آیا تفاوت معنی داری بین میزان تکانشوری حرکتی در مبتلایان به اختلال دوقطبی نوع یک، نوع دو و افسردگی اساسی وجود دارد؟
- ۳- آیا تفاوت معنی داری بین میزان تکانشوری شناختی در مبتلایان به اختلال دوقطبی نوع یک، نوع دو و افسردگی اساسی وجود دارد؟
- ۴- آیا تفاوت معنی داری بین میزان اقدام به خودکشی در مبتلایان به اختلال دوقطبی نوع یک، نوع دو و افسردگی اساسی وجود دارد؟

#### ۱-۶- تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

- تکانشوری: تکانشوری عبارت است از تمایل برای انجام اعمال بدون برنامه ریزی و در واکنش به محرکات درونی و بیرونی و بدون توجه به پیامدهای منفی آن (ناجت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).
- منظور از تکانشوری در این پژوهش، میزان نمره ای است که آزمودنی در مقیاس تکانشوری بارت کسب می کند. مقیاس اندازه گیری در این متغیر از نوع فاصله ای می باشد.

---

<sup>۱</sup>. Najt

• اقدام به خودکشی<sup>۱</sup>: خودکشی عمل آگاهانه آسیب رساندن به خود است که می توان آن را یک ناراحتی چندبعدی در انسان نیازمندی دانست که برای مساله تعیین شده او، این عمل بهترین راه حل تصور می شود (به نقل از آندریویان و همکاران، ۱۳۷۹). در این پژوهش برای سنجش اقدام به خودکشیاز پرسشنامه اندیشناکی خودکشی<sup>۲</sup> استفاده گردید.

• اختلال دوقطبی: طبق DSM-IV-TR، اختلال دوقطبی نوع یک، عبارت است از داشتن حداقل یک حمله مانیا یا مختلط و گاهی حملات افسردگی عمده در سیر بالینی، حمله مختلط دوره ای حداقل به طول یک هفته است که در آن دو حمله مانیا و افسردگی عمده تقریباً هر روز پیدا می شود و اختلال دو قطبی نوع دو، گونه ای از این اختلال است که با دوره های افسردگی عمده و هیپومانیا<sup>۳</sup> (و نه مانیا) مشخص می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

در این پژوهش بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و نوع دو براساس تشخیص روانپزشکی و براساس ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR شناسایی می شوند.

• اختلال افسردگی اساسی: نشانگانی که تحت سلطه خلق افسرده است و براساس بیان لفظی و غیرلفظی عواطف غمگین، اضطرابی و یا حالت های برانگیختگی نشان داده می شود (آبلا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). در این پژوهش بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، براساس تشخیص روانپزشکی و براساس ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR شناسایی می شوند.

---

<sup>1</sup>. Suicide Attempted

<sup>2</sup>. The Suicide Ideation Questionnaire

<sup>3</sup>. Hypomania

<sup>4</sup>. American Psychiatric Association

<sup>5</sup>. Abela