

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ

الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
گروه آموزشی روانشناسی بالینی
پایان نامه کارشناسی ارشد
رشته روانشناسی بالینی
عنوان

نقص نظریه ذهن در بیماران دوقطبی نوع یک

نگارنده

ابراهیم سلطانی عظمت

استاد راهنما

دکتر بهروز دولتشاهی

استاد مشاور

دکتر مرتضی نوری خواجهوی

بهار ۱۳۹۴

شماره ثبت:

۹۱۱۶۸۰۰۰۷

تقدیم به همه بیماران روانی به ویژه بیماران دوقطبی و تنهایی هایشان

تا

مرحمی باشد بر دردهایشان

تقدیر و تشکر

از سرکار خانم دکتر پروانه محمدخانی برای حمایت های بدون چشمداشتشان

دکتر بهروز دولتشاهی برای راهنمایی های خردمندانه شان

دکتر مرتضی نوری خواجوی برای مشاوره های حکیمانه شان

دکتر مرجان پشت مشهدی برای کمک های بی دریغ شان

و

تشکر از تمام دوستانی که در اجرای این طرح یاری ام کردند

همکاران محترم مرکز آموزشی درمانی روان پزشکی رازی، جناب آقای ترکاشوند
مسئول بخش روانشناسی و همکاران محترم روان شناس که در این طرح حضور داشتند.

چکیده

زمینه: پژوهش‌های اخیر بر روی نظریه ذهن نشان می‌دهند که بیماران با اختلال دوقطبی در طی دوره‌های مختلف اختلال، دچار نقص در توانایی نظریه ذهن هستند.

هدف: هدف این مطالعه بررسی نقص ابعاد شناختی و عاطفی نظریه ذهن در بیماران دوقطبی نوع یک با دوره فروکش می‌باشد.

روش: پژوهش حاضر از نوع مورد شاهدهی است. تعداد ۳۰ بیمار دوقطبی و ۳۰ نفر هنجار به شکل هدفمند انتخاب شدند. و از نظر سن و تحصیلات هم‌تاسازی گروهی شدند. سپس آزمون نظریه ذهن شناختی داستاهای تصویری و آزمون نظریه ذهن عاطفی چشمهای بارون کوهن روی آنها اجرا شد. همچنین جهت تایید سلامت روان گروه شاهد آزمون سلامت روان کسلر نیز انجام شد. و در پایان نتایج با استفاده از آزمون تی مستقل تجزیه تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری در نمره‌های نظریه ذهن شناختی ($p=0/001$) یافته شد. نتایج نظریه ذهن عاطفی ($t=4/85$; $p\text{-value}=0/001$) وجود دارد. و در زمان صرف شده برای آزمون شناختی ($t=10/34$; $p\text{-value}=0/001$) و آزمون عاطفی ($t=4/61$; $p\text{-value}=0/001$) هم بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

نتیجه: این یافته‌ها نشان داد که بیماران دوقطبی در دوره فروکش هم در بعد شناختی و هم عاطفی نظریه ذهن از هم‌تایان سالم خود ضعیف‌تر عمل می‌کنند. همچنین در سرعت واکنش بیماران با سرعت کمتری در بعد شناختی عمل کردند اما در بعد عاطفی سرعت واکنش بیشتر از گروه هنجار بود. در واقع می‌توان استنتاج کرد که ضعف در نظریه ذهن شناختی و عاطفی در بیماران دوقطبی با دوره فروکش می‌تواند به دلیل عدم کارایی درست زیربناهای عضوی همچون مناطق مغزی و زیربناهای ذهنی همچون کارکردهای اجرایی باشد.

کلیدواژه: نظریه ذهن شناختی، نظریه ذهن عاطفی، اختلال دوقطبی

فهرست مطالب:

فصل اول کلیات پژوهش:	أ
۱-۱ مقدمه:	۱
۲-۱ بیان مسئله:	۳
۳-۱ اهمیت و ضرورت:	۹
۴-۱ اهداف پژوهش:	۱۰
۱-۴-۱ هدف کلی:	۱۰
۲-۴-۱ اهداف اختصاصی:	۱۱
۵-۱ فرضیات و سوالات پژوهش	۱۱
۱-۵-۱ فرضیات:	۱۱
۲-۵-۱ سوالات:	۱۱
۶-۱ تعاریف:	۱۱
۱-۶-۱ تعارف مفهومی:	۱۱
۲-۶-۱ تعاریف عملیاتی:	۱۲
۲ فصل دوم مبانی نظری و پیشینه:	۱۳
۱-۲ اختلال دوقطبی:	۱۴
۲-۱-۱ تعریف اختلال دوقطبی:	۱۴
۲-۱-۲ طیف اختلال دو قطبی :	۱۴
۳-۱-۲ نشانه های اختلال دو قطبی :	۱۶

- ۴-۱-۲ مانیا و هیپومانیا : ۱۷
- ۵-۱-۲ افسردگی : ۱۹
- ۶-۱-۲ حالت مختلط : ۲۰
- ۷-۱-۲ شیوع شناسی اختلال دو قطبی : ۲۰
- ۸-۱-۲ کم تشخیصی و تشخیص اشتباه : ۲۲
- ۹-۱-۲ تفاوت های جنسیتی در بروز دو قطبی : ۲۳
- ۱۰-۱-۲ همبودی اختلال دو قطبی : ۲۳
- ۱۱-۱-۲ همبودی جسمانی: ۲۴
- ۱۲-۱-۲ سیر و پیش آگاهی: ۲۴
- ۱۳-۱-۲ علل اختلال دو قطبی : ۲۵
- ۱۴-۱-۲ تغییرات مغزی در اختلال دو قطبی : ۲۷
- ۱۵-۱-۲ تصویر برداری مغزی از بیماران دو قطبی : ۲۷
- ۱۶-۱-۲ ساختار های مغزی و اختلال دو قطبی : ۲۸
- ۱-۱۶-۱-۲ قشر پیش پیشانی : ۲۸
- ۲-۱۶-۱-۲ ساختار گیجگاهی میانی: ۲۹
- ۳-۱۶-۱-۲ تالاموس : ۲۹
- ۴-۱۶-۱-۲ مخچه : ۳۰
- ۱۷-۱-۲ یافته های عصب شناسی : ۳۰
- ۱۸-۱-۲ یافته های عصب -روانشناختی: ۳۱

- ۱۹-۱-۲ نظریه ذهن در بیماران دوقطبی: ۳۱
- ۲-۲ نظریه ذهن: ۳۳
- ۱-۲-۲ مقدمه: ۳۳
- ۲-۲-۲ نظریه ذهن: ۳۴
- ۳-۲-۲ تاریخچه نظریه ی ذهن : ۳۵
- ۴-۲-۲ رویکردهای نظری در زمینه ی نظریه ی ذهن : ۳۷
- ۲-۲-۵ ارتباط نظریه ی ذهن با سایر توانایی ها : ۳۹
- ۶-۲-۲ نظریه ذهن و مغز : ۴۰
- ۷-۲-۲ آسیب شناسی روانی و نظریه ذهن : ۴۴
- ۲-۳ پیشینه تحقیق: ۴۷
- ۱-۳-۲ مروری بر تحقیقات خارجی: ۴۷
- ۲-۳-۲ مروری بر تحقیقات داخلی: ۴۹
- ۳ فصل سوم روش شناسی پژوهش: ۵۱
- ۱-۳ چار چوب طرح: ۵۲
- ۲-۳ جامعه و نمونه و روش نمونه گیری: ۵۲
- ۳-۳ روش گردآوری داده ها: ۵۳
- ۱-۳-۳ ابزارها: ۵۴
- ۴-۳ روش اجرا: ۵۵
- ۵-۳ روش تجزیه تحلیل داده ها: ۵۵

۵۶	۳-۶ ملاحظات اخلاقی:
۵۷	۴ فصل چهارم یافته ها:
۵۸	۴-۱ مقدمه:
۶۲	۴-۲ بررسی فرضیه های تحقیق:
۶۲	۴-۲-۱ فرضیه اول:
۶۲	۴-۲-۲ فرضیه دوم:
۶۳	۴-۳ سوالات پژوهش:
۶۳	۴-۳-۱ سوال اول:
۶۴	۴-۳-۲ سوال دوم:
۶۵	۴-۴ یافته های اضافی:
۶۵	۵ فصل پنجم نتیجه گیری:
۷۲	۵-۱ مقدمه:
۷۲	۵-۲ بررسی فرضیات و سوالات پژوهش:
۷۲	۵-۲-۱ فرضیه اول:
۷۵	۵-۲-۲ فرضیه دوم:
۷۷	۵-۲-۳ سوال اول:
۷۸	۵-۲-۴ سوال دوم:
۷۹	۵-۳ بحث در نتایج:
۸۰	۵-۴ محدودیت ها:

۵-۵ پیشنهادات: ۸۰

منابع: ۸۱

ضمائم

فهرست جداول:

جدول ۴-۱: ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی های پژوهش بر حسب جنسیت، تحصیلات و سن ۵۸

جدول ۴-۲: درصد ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی های پژوهش بر حسب تحصیلات و سن ۵۹

جدول ۴-۳: مقایسه میانگین سنی گروه بیمار و بهنجار ۶۰

جدول ۴-۴: مقایسه سطح تحصیلات گروه بیمار و بهنجار ۶۰

جدول ۴-۵: میانگین وانحراف معیار دو گروه شرکت کننده در پژوهش ۶۱

جدول ۴-۶: مقایسه میانگین نمرهای نظریه ذهن شناختی در گروه بیمار و بهنجار ۶۲

جدول ۴-۷: مقایسه میانگین نمرات نظریه ذهن عاطفی در گروه بیمار و بهنجار ۶۳

جدول ۴-۸: مقایسه میانگین زمان صرف شده آزمون شناختی در گروه بیمار و بهنجار ۶۴

جدول ۴-۹: مقایسه میانگین زمان صرف شده آزمون عاطفی در گروه بیمار بهنجار ۶۴

فهرست نمودار:

نمودار ۴-۱ ۶۵

نمودار ۴-۲ ۶۶

نمودار ۴-۳ ۶۷

نمودار ۴-۴ ۶۸

فهرست اشکال:

شکل ۴-۱ ۶۹

شکل ۴-۲ ۶۹

فصل اول

کلیات پژوهش

درک خود و دیگران برای داشتن تعاملات اجتماعی مؤثر، ضروری است و به این دلیل همیشه مورد توجه پژوهشگران در روانشناسی تحولی بوده است. درک رفتار دیگران مستلزم نوعی از شناخت اجتماعی به نام تئوری ذهن است که از طریق آن فرد قادر به درک حالتهای درونی انسانها شامل تمایلات، افکار و نیات است. اصطلاح نظریه ذهن^۱ برای اولین بار توسط پریماک^۲ و ودراف^۳ (۱۹۷۸) مطرح گردید تا به بررسی این فرضیه بپردازد که آیا میمونها برای درک، تبیین و پیش‌بینی رفتار، قادر به نسبت دادن حالات ذهنی^۴ (مثل تمایلات^۵، باورها^۶ و نیات^۷) هستند. پریماک و ودراف، توانایی شامپانزه را برای درک هدف که نشانگر تمایل شامپانزه است مورد پژوهش قرار دادند. توانایی مرتبط ساختن نیت فرد با هدفی متناسب، به‌عنوان موفقیت برای شامپانزه در نظر گرفته شد. بر اساس نتایج به‌دست آمده، پریماک و ودراف مدعی شدند که احتمالاً میمونها دارای یک نظریه ذهن ابتدایی هستند. از آنجا که حالات ذهنی به‌طور مستقیم قابل مشاهده نیستند و می‌توانند جهت پیش‌بینی رفتارها مورد استفاده قرار گیرند، توانایی استنباط حالات ذهنی اصطلاحاً «نظریه ذهن» خوانده می‌شود (امین یزدی، ۱۳۸۶).

تحت تأثیر پژوهشهای نظریه ذهن در حیوانات نخستین، این موضوع که آیا کودکان و خردسالان نیز قادر به استفاده از حالات ذهنی در توضیح و تفسیر رفتار دیگران هستند؟ و چگونگی و زمان دستیابی به نظریه ذهن در طی رشد، مورد توجه گسترده پژوهشگران در روانشناسی تحولی قرار گرفته است (فلاول، ۱۹۹۹). در رویکرد جدید، درک نظریه ذهن به‌عنوان حیطة‌ای اختصاصی از دانش، که دارای فرآیندها و مکانیسمهای یادگیری مختص به‌خود است، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

این مسئله که آیا نقص در نظریه ذهن در افراد مبتلا به سایکوپاتی وجود دارد یا خیر، مورد مناقشه است برخی تحقیقات نشان داده اند که در برخی اختلالات همچون اسکیزوفرنی، دوقطبی و پارکینسون، نقص در

¹ theory of mind

² woodruff

³ premack

⁴ mental states

⁵ desires

⁶ beliefs

⁷ intentions

نظریه ذهن وجود دارد. اما از سوی دیگر برخی تحقیقات چنین نقصی را گزارش نکردند (نجاتی، ذبیح زاده ، نیک فرجام، نادری، پورنقدعلی، ۱۳۹۰). به نظر می‌رسد بر اساس داده های موجود نقص در نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مورد پذیرش قرار گرفته باشد و در مورد آن تردیدی وجود ندارد. اما در مورد اختلالات دیگر از جمله اختلال دو قطبی هنوز داده های کافی موجود نیست. بنابراین بررسی بیشتر در زمینه نقص نظریه ذهن در بیماران دوقطبی حائز اهمیت است (اینو^۱ و همکاران، ۲۰۰۶).

یکی از دلایل تناقض در مطالعات موجود در رابطه با نقص نظریه ذهن در اختلالاتی همچون اسکیزوفرنی و یا دوقطبی می تواند استفاده از ابزارهای متفاوت برای سنجش نظریه ذهن باشد (شامای، ۲۰۰۷). از آنجایی که نظریه ذهن دارای دو مولفه مستقل و متمایز از لحاظ رفتاری و نرونی است (والم، ۲۰۰۶)، که شامل جزء شناختی و هیجانی می شود ، سنجش این دو مولفه نیاز به ابزارهای متفاوتی خواهد داشت . لذا در پژوهش ها از ابزارهای متفاوتی استفاده شده و نتایج متفاوتی نیز حاصل گشته است. برخی پژوهش ها در مولفه شناختی نقص یافتند و برخی در مولفه هیجانی. و حتی برخی پژوهش ها هیچ نقصی را گزارش نکردند. نظر به اینکه نتایج پژوهش های مختلف در رابطه با توانایی نظریه ذهن در بیماران دوقطبی ناهمسو است. لذا این پژوهش به دنبال یافتن پاسخی برای این سوال است که آیا توانایی نظریه ذهن در بیماران دوقطبی یوتایمیک نسبت به جمعیت بهنجار کاهش یافته است یا خیر؟ از همین جهت در این پژوهش تلاش شد با استفاده از ابزارهای استاندارد هر دو مولفه نظریه ذهن در بیماران دو قطبی مورد سنجش قرار گیرد و با گروه بهنجار همتا مقایسه شد.

¹ inoue

۲-۱ بیان مسئله:

گرچه شناخت اصطلاحی است که برای تمام اشکال دانستن و آگاهی به کار می رود با این حال روانشناسان معاصر شناخت را به دیگر حوزه های اجتماعی و روانشناختی بسط داده اند در این میان شناخت اجتماعی^۱ بیش از پیش مورد توجه واقع شده است. و پژوهشهای متعددی پیرامون سازهای عمده شناخت اجتماعی نظیر ادراک شخصی^۲، مهارتهای پذیرش نقش^۳ و نظریه ذهن^۴ پرداخته شده است. در این میان رویکرد نظریه ذهن آخرین روند پژوهشی درباره شناخت اجتماعی است (یعقوب نژاد، مدیرخا زنی، ۱۳۹۰).

داشتن ارتباط اجتماعی با دیگران مستلزم درک این مطلب است که شناخت و دانش دیگران نسبت به حوادث، اشیاء، و به طور کلی جهان متفاوت از محتوای ذهن خود شخص درباره آن موضوع است. بنابراین نظریه ذهن در قلب روابط اجتماعی قرار داشته و در درک آنچه مردم به آن می اندیشند، اخلاقیات، کنایه، شوخی، دست انداختن، دروغ، فریب و اشتباه بسیار حیاتی است (یعقوب نژاد، مدیرخا زنی، ۱۳۹۲).

نظریه ذهن توانایی درک افکار و احساسات دیگران بر اساس استنباط حالات ذهنی است. حالات ذهنی نگرشهای گذاره ای هستند که شامل امیال، هیجانات، باورها، نیات و ... میشود (انصاری نژاد، موللی، ادیب، ۱۳۹۰). شافر^۵ نیز (۲۰۰۰، به نقل از مشهدی، ۱۳۸۲) نظریه ذهن را وجه تمایز خود عمومی^۶ و خود خصوصی^۷ میدانند.

به باور گینزبروگ^۸ (۲۰۰۳، به نقل از یعقوب نژاد، مدیرخا زنی، ۱۳۹۲) درک دیدگاه دیگران در قالب نظریه ذهن موجب افزایش همدلی می شود. از این دیدگاه، توانایی توجه و درک دیدگاه دیگران اساس کار گروهی

¹ social cognition

² individual perception

³ acceptance of role skills

⁴ theory of mind

⁵ shaffer

⁶ public self

⁷ private self

⁸ ginsburg

موثر و همدلانه و امری حیاتی برای روابط سالم میان اعضای یک گروه است. والکر^۱ (۲۰۰۵)، به نقل از یعقوب نژاد، مدیرخازنی، (۱۳۹۲) در پژوهش خود بین نظریه ذهن، مهارت اجتماعی و شایستگی اجتماعی رابطه مثبت یافت. ولمن، کراس و واتسون^۲ (۲۰۰۳)، به نقل از یعقوب نژاد، مدیرخازنی، (۱۳۹۲) نیز معتقدند که توانایی نظریه ذهن پیش نیازی قوی برای درک محیط اجتماعی و لازمه درگیری در رفتارهای رقابت آمیز اجتماعی می باشد.

نظریه ذهن به دلیل پیچیدگی هایش ابتدا به توانایی نظریه ذهن مرحله اول و مرحله دوم تقسیم شد. مطالعات اخیر پیشنهاد می کنند که یک تمایز دیگر هم می تواند وجود داشته باشد. آن هم تمایز بین نظریه ذهن عاطفی (که بر همدلی با وضعیت ذهنی دیگران اشاره دارد) و نظریه ذهن شناختی (که به استنباط معقولانه وضعیت ذهنی دیگران مربوط می شود) است (کالب و همکاران، ۲۰۰۷).

برادرز و راین^۳ (۱۹۹۲) معتقدند که نظریه ذهن دارای دو جزء سرد و گرم است. جزء سرد همان مولفه شناختی و جزء گرم مولفه هیجانی نظریه ذهن است. این اجزاء نظریه ذهن دارای ساختار بندی نوروئی متمایزی نیز هستند. و حتی مداربندی نوروئی فرونتالی جداگانه ای را دارا هستند (والم، ۲۰۰۶، هاینس، بیرد و گرافتون، ۲۰۰۶). اگرچه هم در مطالعات آسیب شناسی و هم تصویربرداری بر نقش برجسته پرفرونتال در کارکرد نظریه ذهن تاکید شده است (گلاگهر و همکاران، ۲۰۰۰). اما به نظر می رسد مولفه عاطفی دارای یک مداربندی فرونتال - لیمبیک باشد در حالی که جزء شناختی دارای یک مداربندی فرونتال پشتی است (بودن و همکاران، ۲۰۱۰). این مولفه ها می توانند به شکل کاملا انتخابی و متمایز در اختلالات روانپزشکی و نورولوژیکی مختل شوند (برادرز و راین، ۱۹۹۲). هر چند که اسکالافک و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش اخیر خود به بررسی ارتباط و تمایز دو جزء شناختی و عاطفی نظریه ذهن از نظر مناطق مغزی و شبکه های عصبی پرداختند. پژوهش آنها نشان می دهد که ابعاد نظریه ذهن اگر چه دارای مناطق مغزی و شبکه های

² walker

³ wellman, Cross & Watson

⁴ brothers& Ring

عصبی متفاوتی هستند اما این در حالی است این دو جزء دارای مناطق مغزی مشترکی نیز هستند. و برخی از مناطق مغزی به صورت مشترک در هر دو بعد نظریه ذهن فعالیت می کنند. اما این داده ها به معنای تجمیع این دو بعد در یک عامل نیست. و این ابعاد دارای شبکه های مستقل از هم نیز هستند.

شامای^۱ (۲۰۰۷) اخیراً پیشنهاد کرده است که تکالیفی شامل استنباط در باره وضعیت شناختی ذهن و تکالیفی شامل درک وضعیت هیجانی ذهن، به شکل متفاوتی در بیماران اسپرگر و بیماران با آسیب PFC^۲ دچار نقص شده است. شواهد بیشتر در رابطه با تمایز جنبه شناختی و هیجانی نظریه ذهن مربوط به بیماران با (VM) Localized ventromedial آسیب پرفرونتال است. شامای (۲۰۰۷) گزارش می کند که بیماران با نقص و نترومدیال راست در تکالیف نظریه ذهن عاطفی نقص در عملکرد نشان می دهند اما در تکالیف نظریه ذهن شناختی نقصی دیده نمی شود.

در یک مطالعه به تازگی پرون و ورکورس (۲۰۰۹، به نقل از بودن و همکاران ۲۰۱۰) در بیماران مبتلا به پارکینسون یک نقص در جزء شناختی نظریه ذهن را در کنار یک نظریه ذهن عاطفی سالم گزارش کردند. هر چند این در حالی است که بودن^۳ و همکاران (۲۰۱۰) پیشنهاد می کنند که در بیماران پارکینسونی هر دو مولفه مختل شده است. همچنین وجود گزارشات متناقض در زمینه نظریه ذهن در بیماران اسکیزوفرنیک می تواند ناشی از ابزارهای مورد استفاده در پژوهش ها باشد. یعنی این تفاوت های بنیادین خود نشانگر این است که این تکالیف و ابزارها فرایندهای متفاوتی را مورد سنجش قرار می دهند. برخی تکالیف مربوط به جنبه عاطفی و برخی مربوط به جنبه شناختی می باشد بنابراین این دو مولفه متمایز از هم بوده و مستقل می باشند (شامای، ۲۰۰۷).

در طی دهه گذشته مشاهده شده نقایص نظریه ذهن با تابلوی بالینی بسیاری از اختلالات روانپزشکی و نرولوژیکی از جمله آسیب آمیگدالا، آسیب فرونتال، دمانس فرونتوتمپورال، اسکیزوفرنیا، پارکینسون، اختلال دوقطبی، افسردگی و اختلالات شخصیت مرتبط است (ابوعاکل، ۲۰۰۳ به نقل از درویشی ۱۳۸۹). اما یافته

^۱ shamay

^۲ Prefrontal cortex

^۳ Bodden

های متناقضی در مورد آسیب نظریه ذهن در افراد مبتلا به سایکوپاتی وجود دارد. برخی یافته ها حاکی از آن است که فهم ناقص و سوگیری شده حالات ذهنی دیگران میتواند به رفتار پرخاشگرانه، ضداجتماعی و سایکوپاتی منجر شود. اما پژوهشهای متعددی هم شواهدی در تایید این فرضیه نیافتند. در مجموع به نظر میرسد که آسیب نظریه ذهن تبیین کننده دامنه گسترده ای از علائم اختلالات تحولی، اسکیزوفرنی، دوقطبی، برخی انواع دمانس و بی اشتهایی عصبی باشد (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۰). هرچند نقص در نظریه ذهن به غیر از اختلال اسکیزوفرنی برای دیگر اختلالات روانپزشکی داده های کافی ندارد (اینو و همکاران، ۲۰۰۶).

اختلال دوقطبی یک اختلال عصب روانپزشکی با دوره های پیش بینی نشده مانیک، هیپومانیک و افسردگی است. فهم ادراک هیجانی در اختلال دوقطبی بسیار پراهمیت است یک اختلال روانپزشکی شدید که با بدکارکردی هیجانی و اختلال مزمن در کارکرد مرتبط است (پورسل، فلیبس و گروبر، ۲۰۱۳). از مشخصه های بارز بیماران دوقطبی اختلال در عملکرد اجتماعی و روابط بین فردی است که یکی از عوامل تاثیر گذار در روابط اجتماعی آسیب دیده این بیماران نقص در نظریه ذهن می باشد که باعث ناتوانی این بیماران در درک دیدگاه دیگران می شود (فخاری و همکاران، ۱۳۹۳). از سوی دیگر مطالعات اخیر که از روش های پیشرفته تصویربرداری مثل MRI استفاده می کنند مدارهای مغزی مهمی را که در ایجاد و تنظیم هیجانان به کار می روند شناسایی کرده اند قطع این شبکه ها چه به دلایل ساختاری و چه کارکردی سبب بروز بیماری های خلقی خواهد شد. و در تایید این نظریه یافته های تکراری زیادی وجود دارد، برای مثال مطالعات آناتومیکی و کارکردی تفاوت هایی در قشر پیشانی، آمیگدال و سینگولای قدامی بیماران دوقطبی و افراد سالم را نشان داده اند (یاتام، مالهی، ۲۰۱۱). از سوی دیگر مطالعات عصب زیست شناختی نشان می دهد که در توانایی نظریه ذهن، ارتباط عصبی بین آمیگدالا، شکنج کمربندی فوقانی و نواحی پیش پیشانی اهمیت دارند. این نواحی اصطلاحاً فرونتواستریاتال نامیده می شوند (ساین و همکاران، ۲۰۱۰ به نقل از درویشی ۱۳۸۹). شباهت میان نواحی درگیر در نظریه ذهن با نواحی درگیر در اختلال دوقطبی می تواند تبیین کننده نقص نظریه ذهن در اختلال دوقطبی باشد. مطالعات عصب روانشناختی در حوزه کارکردهای اجرایی و ذهنی بیماران دوقطبی، دریافته اند که اختلالاتی که در حافظه و توجه این بیماران دیده می شود

ناشی از اشکالات مدار عصبی ارتباط دهنده قشر پیش پیشانی و نواحی زیر قشری مغز است. و جالب این است که اختلالات به دوره حاد بیماری محدود نمی شود (باتام، مالهی، ۲۰۱۱). مطالعات کوگان و همکاران (۲۰۰۶ به نقل از درویشی، ۱۳۸۹) نشان می دهد که کارکردهای اجرایی ممکن است به عنوان پیش نیازی برای درک باور غلط یا توانایی بیان این درک اهمیت داشته باشد. مطالعات اخیر نشان می دهد توانایی های شناختی در تکالیف نظریه ذهن (جایی که باید دیدگاه های چندگانه مرتبط با تکلیف در نظر گرفته شود ، دانش خود فرد بازداری و به باور غلط مرتبط با هیجانان و اعمال بعدی توجه شود) نقش اساسی دارند.

تحقیقات اولیه کمی ارتباط بین اختلالات خلق و نظریه ذهن را گزارش کرده اند . در برخی پژوهش ها که به بررسی نظریه ذهن در بیماران اسکیزوفرنی پرداخته اند فقط تعدادی بیمار ناهمگون دوقطبی به عنوان گروه کنترل قرار گرفتند و در برخی دیگر نیز ابهاماتی در روش های بررسی داشته اند. در نتیجه اجماعی در نتایج نقص نظریه ذهن در بیماران دوقطبی وجود ندارد (اینو، تانوکای، امادا و کانبا، ۲۰۰۴). اما مطالعات اخیر در اختلال دوقطبی یک نقص در شناخت اجتماعی و نقص هیجانی را حتی در دوره فروکش اختلال گزارش کرده اند (ایبنز و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعاتی که عملکرد بیماران دوقطبی را در تکالیف مربوط به نظریه ذهن آزمایش کرده اند یک الگوی نقص و ضعف را در انجام تکالیف گزارش می کنند. این نقص در تکالیف نظریه ذهن در بیماران تحت علائم و یوتایمیک گزارش شده است (مونتگ و همکاران، ۲۰۱۰).

در فراتحلیل سامم، مارتینو و استرویچ^۱ (۲۰۱۲) یافته ها شواهدی برای نقص در پردازش هیجانی و نظریه ذهن در بیماران دوقطبی ارائه می کند حتی در بیماران که در دوره فروکش هستند. همچنین در فراتحلیل اندرسون تونلی^۲ (۲۰۰۹) مقالات انتخاب شده جمعیت های از دوقطبی های بزرگ سال و کودک که شامل افسرده ، شیدایی و فروکش می شدند را ارزیابی کردند. اکثریت این مقالات پیشنهاد میکنند که مشکلی در فرایند نظریه ذهن در اشخاص دوقطبی وجود دارد و چنین مشکلاتی میتواند با علائم و نقص کارکردی در اختلال دو قطبی مرتبط باشد. اگرچه بعضی از مطالعات در یافتن تفاوت بین گروه کنترل و بیمار شکست خورده اند. اما به نظر می رسد اکثر مطالعاتی که با یک نمونه کوچک بررسی شده اند قدرت کافی برای

1 Samamé, Martino, & Strojilevich

2Tonelli

کشف تفاوت معنادار آماری را نداشته اند (سامم و همکاران، ۲۰۱۲).

هدف پژوهش حاضر مقایسه توانایی نظریه ذهن در بیماران دوقطبی نوع یک با دوره فروکش و گروه بهنجار است. بیماران دوقطبی نوع یک با آخرین دوره مانیا، افسردگی و مختلط با دوره فروکش به دو نوع هستند ۱- با فروکش نسبی: علائم دوره مانیا، افسردگی اساسی و مختلط وجود داشته باشد اما نه همه ملاک ها. و یا در یک دوره زمانی، که حداکثر دو ماه پس از ختم دوره حاد طول کشیده باشد، هیچ علامت چشمگیری از این دوره وجود نداشته باشد. ۲- فروکش کامل: در دو ماه گذشته هیچ علامت یا نشانه چشمگیری از اختلال وجود نداشته باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). با توجه به اینکه در این پژوهش از بیماران دوقطبی بهبود یافته که جهت پیگیری درمان و اجتناب از ورود به دوره های حاد بیماری، به مراکز درمانی مراجعه می کنند، استفاده شد. این بیماران جزء بیماران دوقطبی در دوره فروکش محسوب می شوند. که به میزان زیادی از علائم بیماری رهایی یافته اند و یا در حال حاضر هیچ علائمی را تجربه نمی کنند.

از آنجا که پژوهشگران برای نظریه ذهن دو مولفه بر شمرده اند یکی رمزگردانی حالات ذهنی (ادراک اجتماعی) که به آن نظریه ذهن عاطفی هم میگویند و به اسناد حالات هیجانی دیگران اشاره دارد. که به معنای توانایی دریافت حالات ذهنی دیگران مبتنی بر اطلاعات مشاهده شده همچون تظاهرات چهره ای است. و دوم استدلال حالات ذهنی (شناخت اجتماعی) که نظریه ذهن شناختی هم نامیده می شود. و به آگاهی از باورها و مقاصد دیگران مربوط است (سامم و همکاران، ۲۰۱۲). در این پژوهش هر دو مولفه نظریه ذهن سنجیده شد. یعنی هم جنبه شناختی و هم جنبه عاطفی نظریه ذهن مورد بررسی قرار گرفت. و هدف این پژوهش یافتن پاسخی برای این سوال است که آیا نظریه ذهن در بیماران دوقطبی یوتایمیک کاهش یافته است و اگر کاهش یافته در کدام جنبه، این کاهش مشهودتر است.

از آنجا که بیماران دوقطبی یوتایمیک برای اجتناب از ورود به دوره های مانیا و افسردگی و جلوگیری از عود مجدد علائم اقدام به مصرف داروهای روانپزشکی می کنند شناخت تاثیر احتمالی این داروها بر توانایی نظریه ذهن ضروری به نظر می رسد. در مطالعه مارک سرگی^۱ (۲۰۰۷) داروهای ضدروانپریشی نسل دوم

¹ Sergi

(ریسپریدون، الانزاپین) و نسل اول (هالوپریدول) تاثیر معناداری روی شناخت اجتماعی نداشته است. تحلیل های آنها آشکارا نشان میدهد که یک اندازه اثر کوچک و غیر معنادار در شناخت اجتماعی در طی هشت هفته درمان با داروهای ضد روانپریش نامبرده حاصل شده و تفاوت معناداری بین گروه های درمانی وجود نداشته است. همچنین در مطالعه هربند (۲۰۰۵، به نقل سرگی و همکاران ۲۰۰۷) داروهای نسل دومی (ریسپریدون) بهبودی در شناخت اجتماعی گروه کوچکی از بیماران با اولین دوره، ایجاد نکرده است. هروی (۲۰۰۱، به نقل سرگی و همکاران ۲۰۰۷) نیز یک اندازه اثر کوچک را برای تاثیر داروهای نسل دومی (ریسپریدون، الانزاپین) روی شناخت اجتماعی مشاهده کردند.

۳-۱ اهمیت و ضرورت:

جمعیت بیماران دوقطبی در میان بیماران روانپزشکی به شدت رو به گسترش است. میزان بروز سالیانه اختلال دوقطبی کمتر از یک درصد است اما برآورد دقیق آن دشوار است. زیرا انواع خفیف تر آن معمولا تشخیص داده نمی شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). از آنجایی که تنها درمان برای بیماران دوقطبی استفاده از دارودرمانی است و پژوهشها نشان داده اند که بیماران دوقطبی یوتایمیک در حالی که از علائم اختلال رهایی یافته اند اما همچنان در روابط اجتماعی و تعاملات خود دچار مشکل می شوند (اینو و همکاران، ۲۰۰۶). لذا شناسایی علل و عوامل زیربنایی که مانع از بهبود کامل اختلال حتی در دوره های یوتایمیک می شود ضروری است.

از مشخصه های بارز بیماران دوقطبی اختلال در عملکرد اجتماعی و روابط بین فردی است که یکی از عوامل تاثیر گذار در روابط اجتماعی آسیب دیده این بیماران نقص در نظریه ذهن می باشد که باعث ناتوانی این بیماران در درک دیدگاه دیگران می شود.

لذا یکی از توانایی های بسیار مهم مختل شده در در بیماران دو قطبی نظریه ذهن است؛ که بر کارکردهای اجتماعی و عمومی بیماران اثرات بسیاری می گذارد و همچنین می تواند تبیین کننده بسیاری از علائم بیماران دوقطبی نیز باشد (تونلی، ۲۰۰۹).

به نظر می رسد بدون در نظر گرفتن نقص نظریه ذهن در بیماران دوقطبی تلاش برای بهبود در عملکرد