



دانشکده ادبیات و علوم انسانی

گروه روانشناسی

مقایسه ابعاد سرشت و منش و کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال
دوقطبی و افراد بهنجار

استاد راهنما

دکتر عباس ابوالقاسمی

استاد مشاور

دکتر محمد نریمانی

توسط

سهیلا صداقتی

بهار ۹۰

تقدیم به

آفتاب مهر،

و روشنی بخش زندگی

همسرم

تشکر و سپاس

حمد و سپاس خداوند حکیم را که کلید در هر گنجی جز او نیست.

از زحمات استاد ارجمند جناب آقای دکتر عباس ابوالقاسمی که با راهنمایی‌های ارزشمند خویش، مشکلات راه را بر اینجانب هموار نموده و با صبر و شکیبایی و دقت نظر خویش در تمامی مراحل پژوهش اینجانب را یاری نمود، کمال تشکر را دارم.

از استاد محترم جناب آقای دکتر محمد نریمانی که مشاوره این پژوهش را بر عهده داشتند قدردانی می‌کنم.

از معاونت پژوهشی که در هر مرحله همکاری لازم را به عمل آوردند، سپاس و تشکر فراوان دارم.

نام خانوادگی دانشجو: صداقتی	نام : سهیلا
عنوان پایان نامه: مقایسه ابعاد سرشت و منش و کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد بهنجار	
استاد راهنما: دکتر عباس ابوالقاسمی استاد مشاور: دکتر محمد نریمانی	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد رشته: روانشناسی	گرایش: بالینی دانشگاه محقق اردبیلی
دانشکده: ادبیات و علوم انسانی	تاریخ فارغ التحصیلی: ۲۷/ ۴/ ۱۳۸۹ تعداد صفحه: ۱۲۵
کلیدواژه ها: سرشت، منش، کارکردهای اجرایی، اختلال دوقطبی	
<p>چکیده:</p> <p>هدف پژوهش حاضر مقایسه ابعاد سرشت و منش و کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد بهنجار بود. پژوهش حاضر از نوع مورد- شاهدهی می باشد. نمونهی پژوهش شامل ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی مزمن، ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی تازه تشخیص و ۴۰ فرد بهنجار مراجعه کننده به مراکز بالینی استانهای اردبیل و تبریز است که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده اند. برای جمع آوری داده ها، مصاحبه تشخیصی، پرسشنامه ی سرشت و منش کلونینجر، آزمون استروپ، آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین مورد استفاده قرار گرفت. به منظور تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)، آزمون تعقیبی LSD و تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان می دهد که نمرات سرشت و منش (به استثنای بعد خودفراروی) افراد بهنجار از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به طور معناداری بیشتر است و در کارکردهای اجرایی نمرات (خطای کارت های ویسکانسین و خطا و زمان آزمون استروپ) بیماران بیشتر از افراد بهنجار و نمرات (حافظه ارقام) افراد بهنجار بیشتر از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی است. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان می دهد ۳۰ درصد از واریانس علائم اختلال دوقطبی مزمن توسط متغیرهای زمان پاسخ، تعداد خطا، سرشت و منش تبیین می شود. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان می دهد که با توجه به مقادیر بتا فقط منش (۰/۵۰۹) می تواند تغییرات مربوط به علائم اختلال دوقطبی مزمن را در بیماران دوقطبی مزمن به صورت معنی داری تبیین کند. نتایج پیشنهاد می کند که سرشت و منش و کارکردهای اجرایی با علائم اختلال دوقطبی مرتبط است. همچنین این نتایج تلویحات مهمی در زمینه ی آسیب</p>	

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل اول: مقدمه و کلیات.....
۲	۱-۱ مقدمه.....
۴	۲-۱ بیان مسئله.....
۷	۳-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق.....
۹	۴-۱ اهداف تحقیق.....
۹	۵-۱ سئوال تحقیق.....
۹	۶-۱ فرضیه های تحقیق.....
۱۰	۷-۱ تعاریف نظری و عملیاتی.....
۱۲	فصل دوم: زمینه و پیشینه پژوهش.....
۱۳	۱-۲ مقدمه.....
۱۴	۲-۲ تعریف و ماهیت.....
۱۶	۳-۲ انواع فرعی.....
۱۶	۱-۳-۲ دیس تایمی و سیکلوتایمی.....
۱۶	۲-۳-۲ دیس تایمی یا افسرده خوئی مزمن.....
۱۶	۳-۳-۲ سیکلوتایمی یا افسرده خوئی ادواری.....
۱۷	۴-۲ علامت ها.....

- ۱۷ ۲-۴-۱ نشانه های خلقی یا هیجانی
- ۱۷ ۲-۴-۲ نشانه های فکری یا شناختی
- ۱۸ ۲-۴-۳ نشانه های انگیزشی
- ۱۸ ۲-۴-۴ نشانه های جسمی یا تنی
- ۱۸ ۲-۵ سبب شناسی
- ۱۹ ۲-۵-۱ عوامل زیستی
- ۱۹ ۲-۵-۱-۱ محور تیروئید
- ۲۰ ۲-۵-۱-۲ نابهنجاری خواب
- ۲۰ ۲-۵-۱-۳ فروزش
- ۲۱ ۲-۵-۲ عوامل ژنتیکی
- ۲۱ ۲-۵-۲-۱ مطالعات خانوادگی
- ۲۲ ۲-۵-۲-۲ مطالعات فرزند خواندگی
- ۲۲ ۲-۵-۲-۳ مطالعات دوقلویی
- ۲۲ ۲-۵-۲-۴ مطالعات پیوستگی
- ۲۳ ۲-۵-۳ کروموزوم ۱۱ و اختلال دوقطبی I
- ۲۳ ۲-۵-۴ کروموزوم X و اختلال دوقطبی I
- ۲۳ ۲-۵-۶ عوامل روانی - اجتماعی
- ۲۴ ۲-۶ شیوع
- ۲۴ ۲-۷ اختلال های همراه
- ۲۵ ۲-۸ ویژگی های بالینی

۲۵	..... دوره های افسردگی ۲-۸-۱
۲۸	..... ۲-۸-۱-۱ افسردگی در کودکان و نوجوانان
۲۸	..... ۲-۸-۱-۲ افسردگی در سالمندان
۲۸	..... ۲-۸-۲ دوره های مانیا
۳۰	..... ۲-۹ ویژگی های بالینی اختلال دوقطبی II
۳۰	..... ۲-۱۰ تشخیص اختلال دوقطبی II
۳۱	..... ۲-۱۱ تشخیص اختلال دوقطبی I
۳۱	..... ۲-۱۱-۱ ملاک های تشخیص برای اختلال دوقطبی I
۳۱	..... ۲-۱۱-۱ ملاک های دوره مانیا
۳۲	..... ۲-۱۲ تشخیص افتراقی اختلال دوقطبی I
۳۲	..... ۲-۱۲-۱ اختلالات طبی
۳۳	..... ۲-۱۳ سیر و پیش آگهی
۳۳	..... ۲-۱۳-۱ سیر اختلال دوقطبی I
۳۴	..... ۲-۱۳-۲ پیش آگهی اختلال دوقطبی I
۳۴	..... ۲-۱۳-۳ سیر و پیش آگهی اختلال دوقطبی II
۳۵	..... ۲-۱۴ درمان
۳۶	..... ۲-۱۴-۱ ضد تشنج ها
۳۶	..... ۲-۱۴-۲ والپروئیت
۳۶	..... ۲-۱۴-۳ کاربامازپین
۳۷	..... ۲-۱۴-۴ سایر داروها

۳۷	..... ۲-۱۴-۵ تند چرخى
۳۷	..... ۲-۱۴-۶ درمان نگهدارنده
۳۷	..... ۲-۱۴-۷ درمان اختلال دوقطبی II
۳۸	..... ۲-۱۵ کارکردهای اجرایی
۴۵	..... ۲-۱۵-۱ تحول کارکردهای اجرایی
۴۸	..... ۲-۱۵-۲ مؤلفه های کارکردهای اجرایی
۴۹	..... ۲-۱۵-۳ نقش کارکردهای اجرایی در اختلال دوقطبی
۵۰	..... ۲-۱۶ مدل هفت عاملی روانی - زیست شناختی شخصیت
۵۵	..... ۲-۱۶-۱ آسیب گریزی
۵۵	..... ۲-۱۶-۲ نوجویی
۵۶	..... ۲-۱۶-۳ پاداش وابستگی
۵۶	..... ۲-۱۶-۴ پشتکار
۵۷	..... ۲-۱۶-۵ خودراهبری
۵۷	..... ۲-۱۶-۶ همکاری
۵۷	..... ۲-۱۶-۷ خودفراروی
۶۰	..... ۲-۱۷ نقش سرشت و منش در اختلال دوقطبی
۶۱	..... ۲-۱۸ پیشنهاد تحقیق
۶۱	..... ۲-۱۸-۱ سرشت و منش
۶۳	..... ۲-۱۸-۲ کارکردهای اجرایی
۶۷	..... فصل سوم: روش تحقیق

۳-۱	روش تحقیق	۶۸
۳-۲	جامعه آماری، روش نمونه گیری و حجم نمونه	۶۸
۳-۳	ملاک های ورود	۶۸
۳-۴	روش تجزیه و تحلیل داده ها	۶۹
۳-۵	ابزار های پژوهش	۶۹
۳-۵-۱	پرسشنامه سرشت و منش	۶۹
۳-۵-۲	آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین	۷۰
۳-۵-۳	خرده مقیاس فراخنای ارقام تجدید نظر شده هوش بزرگسالان و کسلر	۷۱
۳-۵-۴	آزمون رنگ-واژه استروپ	۷۲
۳-۵-۵	چک لیست شدت علائم اختلال دوقطبی	۷۳
۳-۶	شیوه اجرای پژوهش	۷۴
۷۵	فصل چهارم: یافته های پژوهش	
۴-۱	یافته های جمعیت شناختی	۷۶
۴-۲	یافته های توصیفی	۷۸
۴-۳	بخش استنباطی (یافته های مربوط به فرضیه ها)	۸۱
۴-۴	یافته های جانبی	۱۰۴
۱۱۰	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری	
۵-۱	بحث در نتایج	۱۱۱
۵-۱-۱	سرشت	۱۱۱
۵-۱-۲	منش	۱۱۲

۱۱۴..... ۳-۱-۵ کارکردهای اجرایی

۱۱۵..... ۲-۵ نتیجه گیری

۱۱۶..... ۳-۵ محدودیت ها

۱۱۶..... ۴-۵ پیشنهادها

۱۱۸..... ۱-۶ منابع

فهرست جداول

عنوان جدول	صفحه
جدول ۴-۱-۱: توزیع فراوانی و درصد وضعیت جنسیت در سه گروه مورد مطالعه	۷۶
جدول ۴-۱-۲: توزیع فراوانی و درصد وضعیت تحصیلی در سه گروه مورد مطالعه	۷۷
جدول ۴-۱-۳: توزیع فراوانی و درصد وضعیت سنی در سه گروه مورد مطالعه	۷۷
جدول ۴-۲-۱: میانگین و انحراف استاندارد سرشت و ابعاد آن در سه گروه مورد مطالعه	۷۸
جدول ۴-۲-۲: میانگین و انحراف استاندارد منش و ابعاد آن در سه گروه مورد مطالعه	۷۹
جدول ۴-۲-۳: میانگین و انحراف استاندارد تعداد خطای کارت های آزمون استروپ در سه گروه مورد مطالعه	۷۹
جدول ۴-۲-۴: میانگین و انحراف استاندارد زمان پاسخ کارت های آزمون استروپ در سه گروه مورد مطالعه	۸۰
جدول ۴-۲-۵: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سه گروه	۸۰
جدول ۴-۳-۱: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری در سه گروه مورد مطالعه	۸۱
جدول ۴-۳-۲: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری نمرات ابعاد سرشت و منش و کارکردهای اجرایی در سه گروه مورد مطالعه	۸۱
جدول ۴-۳-۳: مقایسه میانگین متغیرها در سه گروه با آزمون LSD	۸۳
جدول ۴-۳-۴: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی نمرات سرشت و ابعاد آن در سه گروه مورد مطالعه	۸۶
جدول ۴-۳-۵: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) بر روی نمرات سرشت و ابعاد آن در سه گروه مورد مطالعه	۸۷
جدول ۴-۳-۶: مقایسه میانگین نمرات سرشت و ابعاد آن در سه گروه مورد مطالعه با آزمون LSD	۸۸

- ۴-۳-۷ جدول ۱۵: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری نمرات منش و ابعاد آن در سه گروه مورد مطالعه..... ۹۰
- ۴-۳-۸ جدول ۱۶: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) بر روی نمرات منش و ابعاد آن در سه گروه مورد مطالعه..... ۹۱
- ۴-۳-۹ جدول ۱۷: مقایسه میانگین نمرات منش و ابعاد آن در افراد سه گروه مورد مطالعه با آزمون LSD..... ۹۲
- ۴-۳-۱۰ جدول ۱۸: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری تعداد خطاها در کارت‌های آزمون استروپ..... ۹۳
- ۴-۳-۱۱ جدول ۱۹: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) بر روی نمره های تعداد خطای کارت های آزمون استروپ..... ۹۴
- ۴-۳-۱۲ جدول ۲۰: مقایسه میانگین نمرات تعداد خطای کارت‌ها در سه گروه مورد مطالعه با آزمون LSD..... ۹۵
- ۴-۳-۱۳ جدول ۲۱: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری زمان پاسخ در کارت‌های آزمون استروپ در سه گروه مورد مطالعه..... ۹۶
- ۴-۳-۱۴ جدول ۲۲: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) بر روی نمره های زمان پاسخ کارت های آزمون استروپ..... ۹۷
- ۴-۳-۱۵ جدول ۲۳: مقایسه میانگین نمرات زمان پاسخ کارت‌ها در آزمون استروپ در سه گروه مورد مطالعه با آزمون LSD..... ۹۸
- ۴-۳-۱۶ جدول ۲۴: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری کارکردهای اجرایی (زمان پاسخ و تعداد خطا)، سرشت و منش بر علائم اختلال دوقطبی مزمن..... ۱۰۰
- ۴-۳-۱۷ جدول ۲۵: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری کارکردهای اجرایی (زمان پاسخ و تعداد خطا)، سرشت و منش بر علائم اختلال دوقطبی تازه تشخیص..... ۱۰۱
- ۴-۳-۱۸ جدول ۲۶: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری کارکردهای اجرایی (زمان پاسخ و تعداد خطا)، سرشت و منش در افراد بهنجار..... ۱۰۲

- ۱۹-۳-۴ جدول ۲۷: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری کارکردهای اجرایی (زمان پاسخ و تعداد خطا)، سرشت و منش در کل آزمودنی ها ۱۰۳
- ۲۰-۳-۴ جدول ۲۸: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سرشت، منش و کارکردهای اجرایی در بیماران دارای فاز مانیک، افسرده و افراد بهنجار ۱۰۴
- ۲۱-۳-۴ جدول ۲۹: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری فاز در بیماران دارای فاز مانیک، افسرده و افراد بهنجار ۱۰۵
- ۲۲-۳-۴ جدول ۳۰: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) بر روی نمره های فاز در بیماران دارای فاز مانیک، افسرده و افراد بهنجار ۱۰۶
- ۲۳-۳-۴ جدول ۳۱: مقایسه میانگین نمرات فاز در بیماران دارای فاز مانیک، افسرده و افراد بهنجار با آزمون LSD ۱۰۸

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

اختلالات خلقی با اختلال در تنظیم خلق، رفتار و عاطفه مشخص می شوند؛ از این رو فرد طیفی از افسردگی تا نشئه و شادی را تجربه می کند (کاپلان و سادوک^۱، ۱۳۸۴).

اختلالات خلقی سندرمهای مشخصی هستند که با از بین رفتن احساس تسلط بر خلق (احساس نافذ و پایداری که به صورت درونی تجربه می شود و بر رفتار و درک فرد از جهان تاثیر می گذارد) مشخص می گردند.

در ایالات متحده آمریکا، اختلالات خلقی نزدیک به ۲۵ درصد کل بیماری ها را تشکیل می دهند. این میزان، از انواع سرطان ها که جامعه بشری را درگیر کرده است، بیشتر است (کارسون^۲، 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. همچنین در سال های اخیر به روان درمانی ها به ویژه مداخله های روانی - اجتماعی در کنار دارو درمان بیشتر توجه شده است. از جمله این مداخله ها که بر پایه خانواده نیز می باشد ((آموزش روانی خانواده)) است (میکلوتیز، ۲۰۰۴).

اختلال خلقی دوقطبی، بیماری روانی پایداری با شیوع بالاست که با مرگ و میر و عوارض بالایی همراه است. همچنین این اختلال، یک اختلال روانپزشکی شایع، شدید، عودکننده و یک مشکل بزرگ بهداشت عمومی است و بار اقتصادی زیادی را بر بیماران، خانواده آنها و جامعه تحمیل می کند (کلین من و همکاران، ۲۰۰۳). شیوع آن در خویشاوندان درجه اول بزرگسال و کودکان مبتلا به اختلال دوقطبی ۵ تا ۱۰ درصد است (لوینسون، کلین و سیلی، ۱۹۹۵).

^۱ - Kaplan & Saduk

^۲-Karson

این اختلال یک اختلال شدید روانی با شیوع حدود ۱ تا ۲ درصد است (کسلر^۳ و همکاران، ۱۹۹۴). میزان مادام العمر عود در این بیماران بیش از ۹۰ درصد (سولومون^۴ و همکاران، ۱۹۹۵) و میزان بازگشت با وجود استفاده از داروهای تثبیت کننده خلق حدود ۴۰ درصد در یک سال، ۶۰ درصد در دو سال و ۷۳ درصد در پنج سال یا بیشتر گزارش شده است (گیتلین^۵ و همکاران، ۱۹۹۵).

هندریک^۶ و همکاران (۲۰۰۰) نشان دادند که تفاوت معنی داری بین دو جنس از نظر میزان شیوع، سن شروع، شمار دوره های افسردگی و مانیا و شمار بستری بیمارستانی در دوره افسردگی اختلال دوقطبی وجود ندارد، اما در فاز مانیا زنان به طور چشمگیری بیشتر از مردان بستری می شوند.

اختلال دوقطبی به دو نوع تقسیم می شود. اگر شخصی علائمی را تجربه کرده است که با ملاک های یک دوره مانیای کامل منطبق باشد، تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک مناسب است. تشخیص اختلال دوقطبی نوع دو برای اشاره به تظاهرات بالینی یک یا چند دوره افسردگی اساسی و حداقل یک دوره هیپومانی (و بدون سابقه دوره های مانی کامل) استفاده می شود (براون و بارلو^۷، ۲۰۰۷).

علائم و نشانه های اختلال هفته ها تا ماه ها دوام می یابند و از کارکرد عادی شخص، کاملاً متفاوت هستند و معمولاً به طور دوره ای میل به عود دارند. سن شروع اختلال دوقطبی ۵ تا ۶ سالگی تا ۵۰ سالگی حتی ندرتاً بالاتر با میانگین ۴۰ سالگی، گسترده است. شیوع طول عمر اختلال حدود ۱ درصد است (در مرد و زن به طور یکسان شایع است). برخی از بیماران دوقطبی بزرگسال شروع بیماری را در دوران کودکی و نوجوانی گزارش کرده اند. این موضوع می تواند مطرح کننده احتمال خطر این اختلال در کودکان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی باشد. چنگ و همکارانش ۶۰ کودک را که حداقل یک والد مبتلا به اختلال دوقطبی داشتند مورد ارزیابی قرار داده و گزارش کردند که ۱۵ درصد آنان اختلال افسردگی اساسی یا دیس تایمی، ۱۵ درصد اختلال دوقطبی یا سیکلوتایمی و ۲۸ درصد اختلال کم توجهی بیش فعالی دارند. با تشخیص زودرس و درمان به موقع می توان هزینه های بعدی درمانی و اجتماعی را کاهش داد.

³ - Kessler

⁴ - Solomon

⁵ - Gitlin

⁶ - Hendrick

⁷ - Brown & Barlow

دهه اخیر شاهد گرایش روز افزون پژوهشگران به مطالعه عصب روانشناختی، به ویژه در حوزه های توجه، آسیب به حافظه کلامی و کارکردهای اجرایی همراه است (دنیکاف و همکاران، ۱۹۹۹؛ باسو و بورناستاین، ۱۹۹۹؛ مارتینز و همکاران، ۲۰۰۰). به نظر کیفه (۱۹۹۹) از بین این نقایص شناختی، نقص در فرایندهای اجرایی، نقش مؤثرتری در محدود ساختن توانایی بیماران در حفظ، کسب و یادگیری مجدد مهارت های لازم برای عمل در دنیای واقعی دارد. به طور کلاسیک، آسیب های شناختی گذرا و موقتی در نظر گرفته شده و به دوره های عاطفی محدود شده اند، ولی مطالعات جدید تداوم ناکارآمدی شناختی در طی خلق متعادل را نیز مطرح می کنند (شرتلن و همکاران، ۲۰۰۷).

هدف کلی این پژوهش مقایسه ابعاد سرشت و منش و کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد بهنجار است.

۲-۱ بیان مسأله

اختلالات خلقی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی هستند که به صورت خلق پایین در دوره های افسردگی و یا خلق بالا در دوره های شیدایی بروز پیدا می کنند. اختلال دوقطبی که به عنوان بیماری شیدایی - افسردگی نیز شناخته می شود، یک اختلال روانی است که باعث ایجاد تغییر غیر عادی در خلق، انرژی و توانایی عملکردی فرد می شود. این تغییرات می تواند باعث اختلال در روابط بین فردی، عملکرد اجتماعی و شغلی پایین و حتی خودکشی شود (شاهد مسعودی و همکاران ، ۱۳۸۷). میزان شیوع اختلال دوقطبی خیلی کمتر از افسردگی شدید است و تخمین زده می شود که ۰/۴ تا ۰/۸ در صد جمعیت بزرگسال را شامل شود (میرز^۸ و همکاران، ۱۹۸۴). اختلال دوقطبی نوع یک تقریبا ۸ در صد جمعیت بزرگسال را گرفتار می کند و اختلال دوقطبی نوع دو تقریبا ۰/۵ در صد افراد را گرفتار می کند. بین ۰/۶ تا ۱/۱ درصد جمعیت ایالات متحده در دوران زندگی خود به اختلال دوقطبی مبتلا می شوند (رابینز^۹ و همکاران، ۱۹۸۴؛ کلررابین و بیکر^{۱۰}، ۱۹۹۱).

آسیب پذیری ژنتیکی به اختلالات سایکوتیک احتمالا منجر به تشخیص و شناسایی آسیب های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی می شود. مطالعات نشان داده اند که سابقه سایکوتیک در بیماران دو قطبی به اختلال در عملکرد شناختی این بیماران در مقایسه با بیماران دوقطبی بدون سابقه سایکوتیک منجر می شود (گلاهنسن و گلاردت^{۱۱}، ۲۰۰۷؛ مارتینز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۸). آسیب در

^۸ -Mierz

^۹-Rabinz

^{۱۰} - Rabin & Bikker

^{۱۱} - Glahsen & Glardet

^{۱۲} - Martinz

کارکردهای اجرایی^{۱۳}، توجه، سرعت پردازش و حافظه کلامی در بیماران دو قطبی گزارش شده است (رابینسون و فریر^{۱۴}، ۲۰۰۶؛ بورا^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۸؛ هیل^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۸؛ آرنز و بلگارا^{۱۷}، ۲۰۰۸).

در اختلالات خلقی به نظر نمی رسد که نارسایی های شناختی اختصاصی، شدید و زیر بنایی باشند و معمولاً بسته به شدت آسیب شناسی روانی متغیر و متفاوت هستند. با این وجود، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، هم در تکالیف مربوط به توجه و هم در حافظه کارکردی و عملکرد اجرایی نقص دارند. همچنین گزارش شده است که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در پیدا کردن راهکارها و در انعطاف پذیری شناختی اختلال دارند (پورتر^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۳).

بسیاری از بیماران دوقطبی که برای درمان مراجعه کرده اند ممکن است مدتی در طول زندگی شان دارای عملکرد خوبی بوده باشند ولی بعد از بیمار شدن برای مدتی قادر به داشتن عملکرد مناسبی نیستند و ممکن است پیامدهای جدی بسیاری را در نتیجه رفتارها، افکار و نوسان خلق تجربه کنند (دیون^{۱۹} و همکاران، ۱۹۸۸؛ هارو^{۲۰} و همکاران، ۱۹۹۰؛ بلاچ^{۲۱} و همکاران، ۱۹۹۴).

متغیرهای زیادی در شکل گیری و تشدید بیماری دو قطبی نقش دارند. یکی از متغیرهایی که می تواند در تشدید نشانه های این بیماری نقش داشته باشد، سرشت^{۲۲} و منش^{۲۳} است. دیدگاه کلونینجر با تاکید بر پارامترهای زیست شناختی، یک چارچوب نظری محکم در باب شخصیت پدید آورد که هم شخصیت بهنجار و هم نابهنجار را در برمی گیرد. براساس این دیدگاه شخصیت از اجزای سرشتی و منش تشکیل شده است. وی در مدل عصبی-زیستی خود مطرح کرده است که سامانه های سرشتی در مغز دارای سازمان یافتگی کارکردی متشکل از سامانه های متفاوت و مستقل از یکدیگر برای فعال سازی، تداوم و بازسازی رفتار در پاسخگویی به گروه های معینی از محرک ها است. فعال سازی رفتاری در پاسخ به محرک های نو و نشانه های پاداش و رهایی از تنبیه است. بنابراین تفاوت های فردی در چنین قابلیت "نوجویی" نامیده می شود. بازسازی رفتاری در پاسخ به محرک های تنبیه یا نبودن پاداش است. تفاوت های فردی در قابلیت وقفه یا بازسازی رفتاری، آسیب پرهیزی نامیده می شود. از سوی دیگر، رفتاری که با پاداش تقویت می شود معمولاً تا مدتی پس از قطع پاداش ادامه می یابد. کلونینجر

¹³ -Executive Function

¹⁴ - Rabinson & Frier

¹⁵ - Buora

¹⁶ - Heel

¹⁷ -Arnez & Belgara

¹⁸ -Porter

¹⁹ -Diven

²⁰ -Harrow

²¹ -Blach

²² -Temperament

²³ -Character

تفاوت های فردی در تداوم پاسخ پس از قطع پاداش وابستگی نامگذاری کرد و بعد چهارم را که فاقد زیر مقیاس است را پشتکار نامید. بدین ترتیب کلونینجر این چهار بعد را در بخش سرشت معرفی کرد (کلونینجر^{۲۴}، ۱۹۹۱). یافته های پژوهشی حاکی است که بیماران دو قطبی در مقایسه با افراد بهنجار نمرات بالایی در نوجویی (اوشر^{۲۵}، ۲۰۰۵؛ ایوانز^{۲۶} و همکاران، ۲۰۰۵)، آسیب پرهیزی (آنگستروم^{۲۷} و همکاران، ۲۰۰۴؛ اوشر، ۲۰۰۵؛ ایوانز و همکاران، ۲۰۰۵) و پاداش وابستگی (اوشر، ۱۹۹۶) دارند. همچنین در اختلال دو قطبی نمره ی بالا در آسیب پرهیزی با آغاز زود هنگام بیماری و اقدام به خودکشی کمتر مرتبط بود (آنگستروم و همکاران، ۲۰۰۴).

منش شامل دریافت های منطقی در مورد خود، دیگران و دنیا است و بیشتر ویژگی هایی را شامل می شود که تحت تاثیر عوامل محیطی در ساختار شخصیت فرد به وجود می آید (کلونینجر، ۱۹۹۴). کلونینجر سه بعد را برای منش در نظر گرفته است. بعد خودراهبری بر پایه پنداشت از خویشتن به عنوان یک فرد مستقل و دارای زیر مجموعه های وحدت، احترام، عزت، تاثیربخشی، رهبری و امید تعریف کرده است. همچنین بعد همکاری بر پایه پنداشت از خویشتن به عنوان بخشی از جهان انسانی و جامعه قرار دارد که از آن حس اعتماد اجتماعی، رحم و شفقت، وجدان و تمایل به انجام امور خیریه مشتق می شود. خود فراروی بر پایه مفهومی از خویشتن به عنوان بخشی از جهان و منابع پیرامون آن مطرح شده است که با پندارهای حضور رازگونه ایمن مذهبی و متانت و صبوری غیرمشروط همراه است (کلونینجر و شوراکیک^{۲۸}، ۲۰۰۵). بیماران دوقطبی نمرات پایینی در پشتکار (اوشر، ۲۰۰۵)، خود فراروی (یانگ، ۱۹۹۵؛ آنگستروم و همکاران، ۲۰۰۴؛ اوشر، ۲۰۰۵؛ ایوانز و همکاران، ۲۰۰۵) و خود راهبری (آنگستروم و همکاران، ۲۰۰۴؛ ایوانز و همکاران، ۲۰۰۵) کسب می کنند.

یکی دیگر از متغیرهایی که در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی دچار مشکل می شود، اختلال در کارکرد اجرایی است. کارکرد اجرایی به گستره ای از توانایی های مرتبط با یکدیگر اشاره می کند. این توانایی ها شامل طرح ریزی و تنظیم رفتار معطوف به هدف، استمرار توجه، عینی باقی ماندن و استفاده توأم با انعطاف از اطلاعات به نحوی مناسب در انتخاب های شایسته می شود (گروم^{۲۹} و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از دولتشاهی، ۱۳۸۳). به عبارت دیگر، کارکرد اجرایی توانایی های مرتبطی هستند که سازمان دهی رفتار را چه از لحاظ ذهنی و چه از لحاظ حرکتی کنترل می کنند (فاستر^{۳۰}، ۱۹۹۷؛ به نقل

24 - Cloninger

25 - Osher

26 - Evans

27 - Angstrom

28 - Klöninjer & Shorakik

29 - Grome

30 - FASTER

از دولت‌شاهی، ۱۳۸۳). شواهد حاکی از این است که کمبود های شناختی پایداری در بیماران دو قطبی وجود دارد، حتی وقتی آنها احساس سر حالی می کنند. وقتی این نقایص دیر پا (در حافظه، کارکرد اجرایی یا ترکیبی از این ها) مشاهده می شود مخصوصا بیشترین اختلال در حافظه (رابین استاین^{۳۱}، ۲۰۰۰؛ تامپسون^{۳۲}، ۲۰۰۵)، کارکرد اجرایی (تریر^{۳۳}، ۱۹۹۹؛ تامپسون، ۲۰۰۰، ۲۰۰۵)، یادگیری کلامی و توجه پایدار (کلارک^{۳۴}، ۲۰۰۲) گزارش می شود. زاللا^{۳۵} و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی نشان دادند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، در تکالیف مربوط به توجه، حافظه کاری، عملکرد اجرایی انعطاف پذیری شناختی نقص دارند. اسچرتلن^{۳۶} (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان داد که بیماران دوقطبی از نارسایی های شناختی خفیفی رنج می برند اما از نظر کیفیت با بیماران اسکیزوفرن شبیه هستند. آنتیلا^{۳۷} و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند که در بیماران دوقطبی اختلال در کارکردهای اجرایی چشمگیر است و این بیماران نمره های کمتری در حافظه کلامی دریافت کردند.

لذا این پژوهش در صدد پاسخگویی به این سؤال اصلی است که آیا بین ابعاد سرشت و منش و کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد بهنجار تفاوت وجود دارد؟

۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش

شروع اختلال دوقطبی ناگهانی است. معمولا ظرف چند ساعت یا چند روز روی می دهد و معمولا رویداد ایجاد کننده ی آن مشخص نیست. اولین دوره ی آن معمولا مانی است، نه افسردگی و عموما بین بیست تا سی سالگی آشکار می شود. ۹۰ درصد افراد مبتلا به این اختلال اولین حمله ی خود را قبل از پنجاه سالگی داشته اند. این اختلال گرایش به برگشت دارد، و هر دوره ی آن از چند روز تا چند ماه ادامه می یابد (انگست، باسترپ، گروف، هیپیوس، پولدینگر، ویس^{۳۸}، ۱۹۷۳؛ دپو، مونرو^{۳۹} ۱۹۷۸؛ لورانگرولوین^{۴۰}، ۱۹۷۸).

در مجموع بین ۲۰ تا ۵۰ درصد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی کارکرد های اجتماعی و شغلی مختل دارند. میزان تلاش برای خودکشی و خودکشی های موفقیت آمیز نیز در دوقطبی ها بیشتر از یک قطبی است. ۱۵ درصد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی از راه خودکشی به زندگی خود خاتمه می دهند (بوردی

31 - Rabin Stine

32 - Thompson

33 -Trier

34 - Clark

35 -Zalla

36 - Schretlen

37 - Antila

38 - Angest, Bastrap, Grof, Hipios, Poldinger & Vise

39 -Depo & Monrow

40 -Lorangrolevine