



دانشگاه پیام نور - تهران جنوب

دانشکده علوم انسانی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

اثر بخشی مداخله ذهن آگاهی یکپارچه با رفتار درمانی شناختی بر بهبودی
و پیشگیری از عود بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

استاد راهنما: دکتر محمد اورکی

استاد مشاور: دکتر مهناز علی اکبری

پژوهشگر: مریم هاشمی

سال ۱۳۹۳

تقدیم به همه خوبان

تقدیم به خواهر خوبم که در فراز و نشیب های زندگی چون عصا مرا یار بود.

تقدیم به فرزندان عزیز و دلبندم که در کوره راه زندگی مایه ی امید و همراهم هستند.

تقدیم به آن هایی که از این اختلال و بیماری رنج کشیده یا قربانی شده اند.

باسپاس از خدای منان که همه جا و همیشه حافظ و پشتیبانم بوده و هست.

و تشکر از استاد دلسوز و صبورم جناب آقای دکتر اورکی

و تشکر از همه دوستان و عزیزانی که در این راه همکار و مساعد من بودند.

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی مداخله ذهن آگاهی یکپارچه با رفتار درمانی شناختی بر بهبودی و پیشگیری از عود بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شده است.

روش: این مطالعه بر روی ۲۵ نفر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به روش نمونه گیری تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه تقسیم شدند، اجرا شد. قبل از اجرای مداخله تمام شرکت کننده ها پرسشنامه چک لیست اختلالات روانی (SCL-90-R) و پرسشنامه غربالگری مانیای یونگ را پر نمودند. سپس یک گروه آزمایشی تحت مداخله درمانی ذهن آگاهی یکپارچه با درمان شناختی رفتاری و گروه آزمایشی دیگر تحت درمان شناختی رفتاری طی ۸ جلسه قرار گرفتند؛ گروه گواه در انتظار درمان هیچ نوع مداخله روان درمانی دریافت نمودند. پس از اجرای مداخله و سه ماه بعد از اجرای مداخله های روان درمانی، شرکت کننده ها دوباره پرسشنامه ها را پر نمودند. یافته ها: درمان مداخله ذهن آگاهی یکپارچه با رفتار درمانی شناختی و رفتار درمانی شناختی، نسبت به دارو درمانی منجر به افزایش رفتارهای سازش یافته تر و کاهش شدت رفتار مانیایی و در نتیجه کاهش میزان عود در بیماران دوقطبی تحت دارو درمانی می شود.

نتیجه گیری: اجرای روان درمانی به همراه دارو درمانی باعث کاهش رفتارهای ناخوشایند و مانیا و در نتیجه احساس سلامتی و رضایتمندی بیشتر در افراد مبتلا می شود.

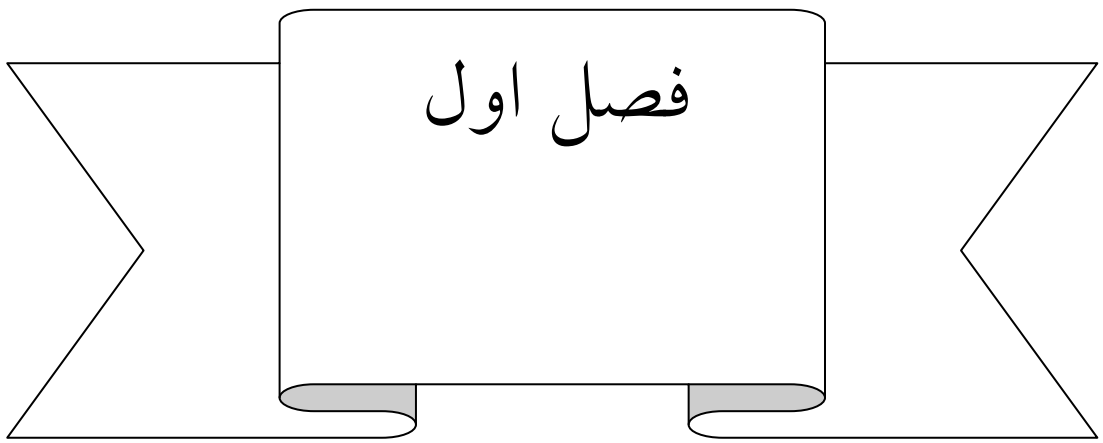
واژه های کلیدی: بهبودی، پیشگیری از عود، اختلال دوقطبی، ذهن آگاهی یکپارچه با رفتار درمانی شناختی، رفتار درمانی شناختی

فهرست

صفحه	عنوان
۷	فصل اول
۸	مقدمه
۹	بیان مساله
۱۲	اهمیت و ضرورت مسئله
۱۵	هدف های پژوهش
۱۵	فرضیه پژوهش
۱۶	متغیرهای پژوهش
۱۸	فصل دوم
۱۹	مقدمه
۲۲	اختلالات خلقی و تقسیم بندی اختلالات خلقی تا دو قطبی
۲۲	تعریف اختلال دو قطبی
۲۳	طبقه بندی اختلال دو قطبی
۲۳	اختلال دو قطبی I
۲۳	اختلال دو قطبی II
۲۴	اختلال خلق چرخه ای
۲۴	اختلال دو قطبی تصریح نشده در جای دیگر
۲۴	طبقات تشخیصی
۲۴	ضوابط تشخیصی اختلال دو قطبی I بر اساس DSM IV
۲۴	اختلال دو قطبی I : ضوابط تشخیصی تک رویدادی
۲۵	اختلال دو قطبی I : ضوابط تشخیصی گستره کم آشفتگی در وضع اخیر
۲۵	تبیین های نظری سبب شناسی (علت شناسی) اختلال خلقی و دو قطبی
۲۵	تبیین روان تحلیل گری
۲۵	تبیین زیست شناختی

۲۵	انتقال دهندگان عصبی
۲۶	فعالیت یون سدیم
۲۷	عوامل ژنتیک
۲۹	نظریه های رفتارگرایی
۲۹	نظریه های بین فردی افسردگی
۳۰	شناختهای منفی و خود طرحواره ای
۳۱	درماندگی آموخته شده و اسنادها
۳۳	درمان اختلال دو قطبی
۳۴	روشهای درمانی زیست شناختی
۳۴	دارو درمانی
۳۶	درمان باتشنج برقی
۳۶	روش های درمانی روان شناختی
۳۶	روانکاوی
۳۷	آموزش مهارت های اجتماعی
۳۸	درمان فعال سازی رفتاری
۳۹	روان درمانگری های الحاقی
۴۱	درمان شناختی رفتاری
۴۲	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
۴۵	مبانی روش و شکل جلسات
۴۸	پیشینه تجربی
۵۶	جمع بندی فصل ۲
۵۸	فصل سوم
۵۹	طرح پژوهش
۵۹	جامعه آماری
۶۰	نمونه و روش نمونه گیری
۶۰	ابزار پژوهش

۶۳	روش اجرا
۶۴	روش تحلیل داده ها
۶۴	رعایت ملاحظات اخلاقی
۶۵	فصل چهارم
۶۶	مقدمه
۶۷	اطلاعات جمعیت شناختی (جداول و نمودارها)
۷۰	تجزیه و تحلیل توصیفی داده ها (جداول و نمودارها)
۷۲	تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها
۷۸	تجزیه و تحلیل استنباطی پیش فرض ها (جداول)
۸۰	تجزیه و تحلیل استنباطی فرضیه ها (جداول)
۸۵	فصل پنجم
۸۶	مقدمه
۸۶	بحث یافته ها
۹۱	نتیجه گیری
۹۲	محدودیت ها
۹۲	پیشنهادات
۹۳	منابع
۱۰۰	پیوست
۱۲۱	چکیده انگلیسی



عدم سازش و وجود اختلالات روانی در جوامع انسانی بسیار مشهود و فراوان است. در همه کشورها، در زنان و مردان، در همه مراحل زندگی، چه ثروتمند و چه فقیر خطر ابتلا به ناراحتی های روانی وجود دارد، به عبارت دیگر هیچ انسانی در برابر امراض روانی مصونیت ندارد (شاملو، ۲۰۰۲؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸)، امروزه در سراسر دنیا حدود ۴۵۰ میلیون نفر دچار اختلال روانی یا رفتاری هستند و تنها اقلیتی از آن ها حتی ابتدایی ترین درمان ها را دریافت می کنند. اختلالات روانی و رفتاری از نظر اقتصادی بر جوامع و کیفیت زندگی افراد و خانواده ها تاثیر می گذارد. در یک چهارم خانواده ها حداقل یک فرد مبتلا به اختلال روانی یا رفتاری وجود دارد، این خانواده ها علاوه بر حمایت جسمی و عاطفی از فرد مبتلا؛ اثرات منفی ناشی از انزوا و جدایی از اجتماع را نیز متحمل می شوند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱؛ پرنس و همکاران، ۲۰۰۷). اختلال در عملکرد شغلی و تحصیلی و حتی اقدام به خودکشی کردند. انرژی و کارایی فرد می شود. جدا از حالت های طبیعی نوسان بالا و پایین که هر فردی آنرا تجربه می کند نشانه های اختلال دوقطبی شدید می باشند. این نشانه ها می توانند سبب تخریب روابط بین فردی اختلال دوقطبی که بعنوان بیماری مانیک دپرسیو (شیدایی / مانیا - افسردگی) هم شناخته شده است یک اختلال مغزی می باشد که سبب تغییر های غیر معمول در خلق اما خبرهای خوبی هم وجود دارد: اختلال دوقطبی قابل درمان است و افرادی که مبتلا به این بیماری می باشند می توانند زندگی خوب و سازنده ای داشته باشند. شیوع طیف اختلالات دوقطبی در جهان بیش از ۶ درصد در طول عمر می باشد. اختلال دوقطبی به صورت معمول در آخر دوره نوجوانی یا اوائل دوره بزرگسالی تظاهر پیدا می کند. با این حال برخی از بیماران اولین نشانه های بیماری را در دوران کودکی یا اواخر دوره زندگی تجربه می کنند. این اختلال اغلب به عنوان بیماری شناخته نمی شود و مردم ممکن است از این اختلال سال ها قبل از تشخیص و درمان صحیح رنج ببرند. مانند بیماری های دیابت و قلبی اختلال دوقطبی یک بیماری با دوره طولانی می باشد که فرد باید در طول دوره زندگی خود دقیقا تحت کنترل و نظر باشد. اغلب درمان های دوقطبی برای برطرف کردن مرحله حاد اختلال هستند. گرچه استفاده از دارو، به خصوص در درمان مرحله حاد، مزایای درمانی قابل توجهی به وجود می آورد، درصد عمده ای از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، با وجود استفاده از تثبیت کننده های خلقی، هنوز عود بیماری را تجربه می کنند. پایبندی دارویی پایین، وجود علائم خرده نشانه افسردگی و مانیا، مهارت های مقابله ای ضعیف در پاسخ به علائم اولیه و هشداردهنده و آشفتگی در خواب و روال های روزمره خطر عود را بالا می برد؛ انواع مختلف درمان های روانشناختی نیز برای اختلال وجود دارند. گرچه تاکنون ثابت نشده کدام نوع درمان، بهترین و کاراترین است، استفاده از هر یک از این درمان ها می تواند راهی برای بهبود بیماری باشد.

۲- بیان مساله

از میان اختلالات روانی، اختلالات خلقی یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی به شمار می آید که در این میان اختلالات دوقطبی کمتر مورد توجه است (آخوندپور و همکاران^۱، ۲۰۰۸). اختلالات خلقی بصورت نوسانات خلق از حالت شیدایی تا افسردگی در نوسان است (تونسند^۲، ۲۰۰۸)، این اختلال با عودهای مکرر همراه است و تا ۹۰ درصد بیماران عود را تجربه می کنند. خطر عود در دو سال حدود ۶۰ درصد و در مدت ۵ سال حدود ۷۵ درصد (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۰۵؛ رویکی و همکاران^۴، ۲۰۰۵؛ چاد و همکاران^۵، ۲۰۰۵). اختلال دوقطبی که به عنوان شیدایی- افسردگی شناخته می شود (محمودی و همکاران^۶، ۲۰۰۹)، یک اختلال روانی است که باعث تغییر غیرعادی در خلق، انرژی و عملکرد فردی می شود؛ طوری که این تغییرات باعث اختلال در روابط فردی می شود؛ طوری که این تغییرات باعث اختلال در روابط فردی اجتماعی و شغلی می شود (حجتی^۷، ۲۰۰۹). اختلال دوقطبی یک اختلال شدید روانی با شیوع حدود ۲ تا ۲ درصد است (کسلر و همکاران^۸، ۱۹۹۴). برآورد دقیق میزان بروز سالیانه اختلال دوقطبی دشوار است (سادوک و سادوک^۹، ۲۰۰۷) میزان مادام العمر عود در این بیماران بیش از ۹۰٪ (سولومون، کیتنر، میلر، شی و کلر^{۱۰}، ۱۹۹۵) و میزان بازگشت با وجود استفاده از داروهای تثبیت کننده خلق حدود ۴۰٪ در یک سال، ۶۰٪ در دو سال و ۷۳٪ در پنج سال یا بیشتر گزارش شده است (گیتلین، سوندسن، هلرو هامن^{۱۱}، ۱۹۹۵).

درمان اختلال دوقطبی پیچیده تر از درمان افسردگی تک قطبی است. در افسردگی تک قطبی، تصمیم در مورد درمان تجویز ضد افسردگی ها و یا روان درمانی می باشد و اگر بیمار به اندازه کافی پاسخ گو نباشد، شرایط بیشتر به همان روال (ضد افسردگی بیشتر، مقدار مصرف بالاتر و ترکیب ها) می باشد. در اختلال دوقطبی، طبیعت بیماری پیچیده تر است. در حالی که در افسردگی تک قطبی، بیماران یا ناخوش (افسرده) و یا خوب هستند، در اختلال دوقطبی بیماران می توانند ناخوش ی های متعدد (افسردگی، هیپومانیک، مانیک، مختلط و چرخه ی - سریع) داشته باشند، اما تنها با احساس سرحالی می توانند خوب باشند.

¹ Akhondpor, A. Talebi, M. Kohestane, L.

² Townsend, MC. E

³ Sadock, BJ. Sadock, VA.

⁴ Revicki, DA. Hanlon, J. Martin S. Gyulai L, Nassir Ghaemi S, Lynch F, et al.

⁵ Chad D, Morris. David J, Miklowitz. Stephen R.

⁶ Mahmoudi, M. Tabatabai, M. Modarres, M. Ghanbari, B..

⁷ Hojjati, H..

⁸ Kessler, R, C., McGonagle, K, A., Zhao, S., Nelson, C, B., Hughes. M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K, S.

⁹ Sadock BJ, Sadock VA

¹⁰ Solomon. D. A., Keitner. G. I., Miller. I. W., Shea, M. T., & Keller. M. B.

¹¹ Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L., & Hammen, C

درمان‌ها برای علائم خلقی در اختلال دوقطبی معمولاً به جای این که موجب سلامت، شادمانی و بهزیستی گردند، بیشتر احتمال دارد که موجب یک نوع بیماری متفاوت شوند. در اختلال دوقطبی، بیمار افسرده که داروی ضد افسردگی دریافت می‌کند اغلب ممکن است مبتلا به مانیا شود و بیمار مانیک که یک داروی نورولپتیک مصرف می‌کند غالباً ممکن است افسرده گردد. حتی متعادل‌کننده‌های خلق، که کمتر در معرض چنین تغییرات خلقی هستند، غالباً مانیا را با افسردگی جایگزین می‌کنند (اگرچه عکس این موضوع به ندرت اتفاق می‌افتد). رسیدن به هدف مطلوب، سخت‌تر از آن چیزی است که حتی ارسطو، فرزند یک پزشک می‌توانست تصور کند. در اختلال دوقطبی، خلق نرمال یا طبیعی یک هدف مبهم و پیچیده است. در بهترین وضعیت، فقط یک سوم از بیماران با اختلال دوقطبی به یک متعادل‌کننده خلق واحد تأیید شده مانند لیتیم و والپورات^۱ جواب می‌دهند. گرچه استفاده از تثبیت‌کننده‌های خلقی مانند لیتیم و کاربامازپین در فرونشاندن مرحله حاد بیمار و تثبیت آن مؤثرند، خیلی از بیماران، بازگشت دور ه‌ها و عود را تجربه می‌کنند؛ برای نمونه با وجود عوامل تثبیت‌کننده خلق، داده‌های طولی نرخ عود را ۴۰ درصد در یک سال، ۶۰ درصد در دو سال و ۷۳ درصد در پنج سال یا بیشتر نشان می‌دهند.

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی^۲ ۲۰۰۱ بیماران روانی همواره در معرض برچسب و انگ زدن قرار دارند که با احساس شرمساری و خجالت برای آنان همراه است و به سلامتی آنان لطمه می‌زند. فرشیدشمسایی و همکارانش (۱۳۹۱) در پژوهشی که انجام دادند مشاهده کردند که شرکت‌کنندگان از تجربه خود در مورد محکوم شدن به انزو سخن گفته‌اند که یکی از ابعاد آن طرد شدن توسط دیگران بود به طوری که احساس می‌کردند در تعاملات اجتماعی، مانند گذشته توسط وابستگان و اطرافیان پذیرفته نمی‌شوند. برای حضور در مجالس و مراسم کمتر از آنان دعوت می‌شود و این تصور را داشتند که دیگران از آن‌ها فاصله می‌گیرند و با بی‌اهمیتی نسبت به مشکلاتشان فراموش و رها شده‌اند. این احساس معمولاً با دلتنگی، غم و اندوه، در خود فرو رفتن و عواطف دردناک دیگر همراه می‌شود و برخی از مشارکت‌کنندگان اظهار کرده بودند که در چنین شرایطی مشکلات جسمانی بروز و تشدید می‌شود. در برخی از مطالعات این نتایج مورد تأیید قرار گرفته است (پینکوآرت و همکاران^۳، ۲۰۰۳؛ مونین و همکاران^۴، ۲۰۱۰؛ کورینگ و همکاران^۵، ۲۰۰۲).

ماهیت عودکننده اختلال دوقطبی، بیانگر تداوم طولانی مدت درمان بوده، این امر به پایبندی کافی به درمان دارویی نیازمند است. عدم پایبندی به داروهای ضد روان‌پریشی به عود نشانه‌های بیماری، بستری شدن در بیمارستان و پیامد ضعیف منجر می‌شود (مورای و همکاران^۵، ۱۹۹۶)، اما با این وجود، پایبندی به

^۱ . valproate

^۲ Pinquart M, Sörensen S.

^۳ Monin JK, Schulz R, Martire LM, Jennings JR, Lingler JH, Greenberg MS.

^۴ Corring DJ.

^۵ Murray. CJL, Lopez. AD.

داروهای تجویزی در این افراد پایین گزارش شده است؛ مطالعات نرخ پایبندی را بین ۱۲ تا ۶۰ درصد نشان می دهند (کک و همکاران^۱، ۱۹۹۷) تا هنگامی که بیماره ضرورت درمان اعتقاد نیابد، پایبندی طولانی مدت به درمان نیز وجود ندارد. شواهدی نشان می دهند که مداخلات روانشناختی در کنار درمان دارویی می تواند نتیجه درمان را بهبود دهند (اتو و همکاران^۲، ۲۰۰۳؛ میکلوویتز^۳، ۲۰۰۸؛ گودوین و همکاران^۴، ۲۰۰۳) به ظاهر، دارودرمانی به تنهایی در پیشگیری از عود اختلال دوقطبی مؤثر نیست و عواملی دیگر هم در آن نقش دارند. در بررسی های صورت گرفته برای شناسایی عوامل مؤثر در بازگشت مجدد اختلال دوقطبی، عواملی مانند عدم پایبندی^۵ دارویی (فالیکو و همکاران^۶، ۲۰۰۸)، وجود علائم خرده نشانه^۷ (مرانزل و همکاران^۸، ۲۰۰۴) و باقی مانده^۹ مانیا و افسردگی (پرلیس و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۶) وجود اختلال های توام^{۱۱} بخصوص اختلال های اضطرابی (پرل و همکاران، ۲۰۰۶؛ مک ارلوی و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۱) بیشتر نمودمی کنند؛ توجه ویژه به این عوامل می تواند به کاهش خطر عود کمک کند؛ به عبارتی، وجود درمانی غیردارویی در کنار دارودرمانی، ضروری به نظر می رسد (الهام راشدی و همکاران، ۱۳۸۹)، لذا در این پژوهش سعی شده است با مد نظر قرار دادن این مسئله که در بیماران مبتلا به دوقطبی معمولاً به دلیل حالات سرخوشی دوره مانیایی و حس اعتماد بنفسی که در این دوره ایجاد می شود یکی از دلایل کنار گذاشتن مصرف دارو یا تعلیق درمان داشتن سرخوشی مانیایی است و از طرف دیگر، با توجه به این که روش مداخله ذهن آگاهی یکپارچه با رفتار درمانی شناختی^{۱۳} (MICBT)، درمانی سازمان یافته است که اولین بار در تلاش برای تلفیق مؤلفه ذهن آگاهی با درمان شناختی رفتاری رایج طرح ریزی شده برای درمان افسردگی مطرح شد. این درمان، برنامه ای است که به طور خاص به منظور توجه به آسیب پذیری های پنهان افسردگی طرح ریزی شده است. این درمان آموزش مراقبه ذهن آگاهی و مداخلات شناخت درمانی را با درمان افسردگی تلفیق کرده است و آن را در قالب گروهی ارائه داده است. برنامه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت همچنین شامل آموزش در جنبه های شناختی افسردگی است. ارتباطات میان افکار و احساسات بحث می گردند و راهبردهایی برای تمرکززدایی از افکار شخصی

¹ Keck, PE, McElroy, SL, Strakowski, SM, et al

² Otto, M.W., Reilly-Harrington, N., Sachs, G.S.

³ Miklowitz, D.J

⁴ Goodwin, FK., Bruce, F., Simon, G., Hunkeler, E., Lee, J., Revicki, D.

⁵ Non adherence

⁶ Fialko, L., Garety, P.A., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P.E., Fowler, D., Freeman, D.

⁷ Subsyndromal symptoms

⁸ Marangell, L.B.

⁹ Residual

¹⁰ Perlis, R.H., Ostacher, M.J., Patel, J.K., Marangell, L.B., Zhang, H., Wisniewski, S.R.

¹¹ Comorbid

¹² McElroy, S.L., Atshuler, L.L., Suppes, T., Keck, P.E., Frye, M.A., Denicoff, K.D., Nolen, W.A., Kupka, R.W., Leverich, G.S., Rochussen, J.R., Rush, A.J., Post, R.M

¹³ Mindfulness-Integrated CBT

آموزش داده می شوند (سگال و همکاران، ۲۰۰۲؛ مسری، ۲۰۰۹). حال با توجه به اثربخشی این روش در اختلال های روانی بویژه در اختلال افسردگی (کینگستون و همکاران، ۲۰۰۷)، این سوال مطرح می شود که آیا می تواند به عنوان یک روش روان درمانی جدید در کاهش نشانه های مرضی اختلال دوقطبی چون اضطراب، افسردگی، نشانه های بدنی و ... موثر عمل کند؟ آیا یکپارچگی تفکر قیاسی و استدلالی با مولفه های دیگر CBT، در کاهش شدت علائم مانپایی، تاثیر بیشتری نسبت به کارایی CBT، دارد؟ آیا MICBT، می تواند باعث کاهش تعداد دفعات عود و در نتیجه احساس رضایمندی بیشتری در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی شود یا نه؟

۳- اهمیت و ضرورت تحقیق

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۶)، خلاء درمانی برای بیشتر اختلالات روانی بسیار زیاد است و تعداد کسانی که نیاز به درمان دارند و آن را دریافت نمی کنند شامل شیوزوفرنی ۳۲/۲٪، افسردگی ۵۶/۳٪، اختلال دوقطبی ۵۰/۲٪، اختلال پانیک ۵۵/۹٪، اختلال وسواس- اجبار ۵۷/۳٪ است (استنج و همکاران^۱، ۲۰۰۷). همان طور که در بالا گفته شد اختلالات خلقی، گروه بزرگی از بیماری های روان پزشکی را شامل می شوند که بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR اختلالات افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی ۱ و ۲ و سیکلوتایمی در این گروه قابل تشخیص می باشند. شیوع اختلالات بای پولار نوع یک در طول عمر در حدود ۱ درصد، ولی شیوع اختلالات طیف بای پولار در کل به میزان قابل توجهی بیشتر می باشد (هیرچفلد^۲، ۲۰۰۱). شیوع این اختلالات در آمریکا ۱/۶-۱/۱-۰/۳ درصد می باشد و در سطح جهان شیوع آن ۵ درصد است (عقیلی^۳، ۲۰۰۴). بیشتر بیماران مبتلا در اپیزود افسردگی برای درمان مراجعه می کنند و به همین دلیل، اغلب تشخیص صحیح این بیماری حدود ۱۰ سال به تعویق می افتد و مشخص شد که میانگین زمانی دریافت اولین درمان، متناسب با اختلالات بای پولار حدود ۱۰ سال می باشد (هیرچفلد، ۲۰۰۱)، این تأخیر در تشخیص اغلب نتایج نامطلوبی به همراه دارد، بیماران درمان مناسبی برای تسکین علائم دریافت نمی کنند و حتی ممکن است درمان هایی شوند که سبب تشدید علائم آن ها شود و به این ترتیب بیماران رفتارهای نامناسبی را که برای خود و نزدیکانشان مخرب است، ادامه می دهند (همان منبع). تعدادی از مطالعات نشان می دهند که بیماری دوقطبی منجر به اختلال در مسائل شغلی و ارتباطات اجتماعی می شود. کاهش عملکرد در این بیماران حتی در مرحله نگهدارنده نه تنها به طور خاص به بیماری اصلی مربوط است بلکه به بیماری های همراه نیز مربوط می باشد (هاجک و همکاران^۴، ۲۰۰۵).

¹ Stang P, Frank C, Yood MU, Wells K, Burch S.

² Hirschfeld RM.

³ Aghiliei Z.

⁴ Hajek T., Slaney C., Garnham J., Ruzickova M., Passmore M., Alda M.

این بیماری به حد کافی سبب ناتوانی، معلولیت و ناراحتی در بیمار و خانواده او می شود؛ علائم شدید بیماری می تواند منجر به بستری شدن در بیمارستان شود و عودهای مکرر و عوارض اجتماعی بیماری از جمله ولخرجی، رفتارهای بی محابای جنسی، رفتار تخریبی و تهییجی سبب آسیب های فراوان از جمله شخصیتی، روانی خانوادگی، اقتصادی و شغلی می شود (ویات و همکاران^۱، ۱۹۹۵). در سال ۱۹۹۰ این اختلال در رده ششم علت کلی ناتوانی های ناشی از بیماری ها بود (بول^۲، ۲۰۱۰). بیش از ۶۰٪ این بیماران در تاریخچه خود سوء مصرف مواد دارند و ۵۰ - ۲۰٪ آن ها اقدام به خودکشی می کنند و ۱۹ - ۱۵٪ آن ها با خودکشی می میرند (مورای و همکاران^۳، ۱۹۹۶؛ چادو همکاران، ۱۹۹۵). در چندین مطالعه عوامل مرتبط با عود و تاثیر گذار بر سیر اختلال دوقطبی بررسی شده است که همگی در کشورهای غربی انجام شده اند؛ در هر یک از این مطالعات به جنبه هایی از سیر اختلال پرداخته شده، برخی از آن ها مربوط به گروه های انتخاب شده ای از بیماران دوقطبی بوده اند و برخی در زمان پیش از مصرف گسترده درمان های دارویی جدید تر انجام شده اند (توهن و همکاران^۴، ۲۰۰۳؛ برومت و همکاران^۵، ۲۰۰۵؛ گلدبرگ، هارو و گروس من^۶، ۱۹۹۵؛ نولن و همکاران^۷، ۲۰۰۴). از طرفی گاه نتایجی ناهماهنگ به دست آمده است که می تواند تا اندازه ای به دلیل عدم حذف اثر اپیزودهای خلقی قبلی بر عود اختلال می باشد (کلرو همکاران^۸، ۱۹۸۷). مطالعات زیادی در مورد تعیین عوامل خطر عود انجام شده است. قطع داروی تثبیت کننده خلق یکی از عوامل اصلی و اساسی است (ریوکی و همکاران، ۲۰۰۵؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۲). متاسفانه داروهای تثبیت کننده، توان پیشگیری کامل را ندارند و عو علی رغم مصرف آن ها نیز اتفاق می افتد (ریوکی و همکاران، ۲۰۰۵). غیر از عوامل مربوط به دارو، عوامل دیگر مثل نداشتن برنامه منظم خواب و بیداری و بی خوابی زیاد و حوادث بد زندگی نیز اثر مهمی در عود دارند (مورای و همکاران، ۱۹۹۶؛ انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۲). همچنین وقایع مثبت از جمله حاملگی و زایمان، ازدواج و ارتقاء شغلی نیز گاه منجر به عود بیماری می شوند (چادو و همکاران، ۲۰۰۵؛ ریوکی و همکاران، ۲۰۰۵).

از دیگر مسائلی که در رابطه با ابتلا به اختلال دوقطبی باید مورد توجه قرار داد، تاثیر ابتلا به این اختلال بر روی جمعیت های در معرض خطر، مانند کودکان نوجوانان والدین مبتلا به این اختلال و خطر ابتلا به آن یا دیگر اختلال های روانپزشکی در آنان می باشد (پناهی و همکاران^۹، ۱۳۸۸).

¹ Wyatt, R.J., Henter, I.

² Bull A.

³ Murray CJ, Lopez AD, Black R, Mathers CD, Shibuya K, Ezzati M. et al.

⁴ Tohen, M., Zarate, C. A. Jr., Hennen, J., Khalsa, H, M. K., Strakowski, S, M., Gebre- Medhin, P., Salvatore, P., & Baldessarini, R, J

⁵ Bromet, E, J., Finch, S. J., Carlson, G. A., Fochtmann, L., Mojtabai, R., Craig, T. J., Kang, S., & Ye, Q.

⁶ Goldberg, J. F., Harrow, M., & Grossman, L. S.

⁷ Nolen, W, A., Luckenbaugh, D. A., Altshuler, L, L., Suppes, T., MCELroy, S, L., Frye, M. A., Kupka, R. W., Keck, P, E. Jr., Leverich, G, S., & Post, R, M

⁸ Keller, M. B., Lavori, P. W., Friedmann, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald- Scott, P., & Andreasen, N. C.

توجه به درمان کارآمد، سال هاست که دغدغه ذهنی روان پزشکان و روان شناسان می باشد و امروزه، دارودرمانی به عنوان خط اول درمان، برای این اختلال مطرح است. با وجود موثر بودن دارودرمانی که اغلب طی دوره های بستری در بیمارستان، به صورت کنترل شده و دقیق در اختیار بیماران قرار داده می شود، اما بروز علائم و عود مجدد اختلال، بیماران را روانه بیمارستان می کند و سیکل مجددی از فرایند دارودرمانی را ایجاد می کند (هارو و همکاران^۱؛ ۱۹۹۰). از این لحاظ پیگیری پس از ترخیص، مقوله مهمی تلقی می شود که انسجام شرایط بستری و پس از بستری بیمار را پیوند می زند. پیگیری سیر اختلال و توجه به آن چه که برای بیمار، پس از ترخیص از بیمارستان به وقوع می پیوندد، گویاترین شاهد بالینی برای تأثیر یا عدم سودمندی یا عدم سودمندی در کارآمدی یا ناکارآمدی درمان است (کولهارا و همکاران^۲، ۱۹۸۸). محققان نشان دادند که طی ۱۷ ماه پیگیری در بیماران مبتلا به اولین دوره مانیا با تشخیص اختلال دوقطبی I نشان داد که ۴۰/۹ درصد بیماران دچار عود اپیزود خلقی شدند. ۱۳/۶ درصد از بیماران در شش ماه اول (پس از بهبودی دوره اول مانیا) و ۳۱/۸ درصد در سال اول دچار عود شدند. دوسوم موارد عود در سال اول و یک سوم در سال دوم بروز کرد. بنابراین می توان نتیجه گیری کرد که در سیر اختلال دوقطبی، میزان عود در اوایل سیر قابل توجه است (شعبانی و همکاران^۳، ۲۰۰۶). با توجه به مطالب ذکر شده در بالا به نظرمی رسد با وجود پیشرفت علم پزشکی در زمینه دارویی همچنان حضور یک روش روان درمانی که بتواند آگاه کننده نسبت به عوارض جانبی مصرف دارو، سیر بیماری، عوامل خطر ساز عود و همچنین عوامل پیشگیری کننده از عود باشد لازم و ضروری می باشد. انواع روان درمانی که بر چارچوب های نظری متفاوت قرار دارند، برآند تا با تعدیل پیش بین های عود، خطر عود متعاقب را تعدیل نمایند. در حال حاضر توافقی در مورد درمان شناختی-رفتاری وجود دارد که بر مبنای آن شناخت ها نقش مهمی را در سب شناسی و تداوم افسردگی بر عهده دارند (وارمردام^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). فاوا، فابر و سونینو^۵ (۲۰۰۲) نیز مطرح نموده اند که درمان شناختی پیشگیرانه بایستی نشانه های باقی مانده بعد از دوره حاد اختلال را حذف نمایند. ناراسیمهان و کانادای^۶ (۲۰۱۰) تأکید داشتند که یکی از وظایف مهم درمان شناختی بایستی به حداقل رساندن نشانه های باقی مانده باشد. این ضرورت هم راستا با نظریه شناختی است که پیشنهاد می نماید در طول دوره شناخت درمانی بیش از سایر مداخلات، تغییرات شناختی و از جمله نگرش های ناکارآمد اتفاق می افتد. در تحقیقی با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر پیش بین های عود چون نشانه های باقی مانده، نگرش های ناکارآمد و نشخوار ذهنی مطرح می سازد که درمان شناختی رفتاری کفایت لازم برای تعدیل نشانه های باقی مانده افسردگی و نگرش های ناکارآمد را دارد، ولیکن این درمان نمی تواند نشخوار ذهنی را مدیریت کند، لذا

¹ Harrow M, Goldberg JF, Grossman LS, Meltzer HY.

² Kulhara P, Chandiramani K.

³ Shabani A, Eftekhar M, Daneshmooz B, Ahmadkhaniha HR, Hakimshoostari M, Ghalebani MF, et al.

⁴ Warmerdam L, Straten AV, Jantien J, Twisk J, Cuijpers P.

⁵ Favaa GA, Fabbrib S, Sonino N.

⁶ Narasimhan M, Kannaday MH.

پیشنهاد می گردد که به منظور پوشش دادن کلیه متغیرهای پیشبین، دو راهبرد درمانی تلفیق شود تا حداکثر بهره وری برای مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده دارای نشانه های باقی مانده فراهم شود (ملیانی و همکاران^۱، ۱۳۹۲). از این رو پژوهش حاضر در راستای چنین هدفی برنامه ریزی شده است.

۴- اهداف های پژوهش

هدف اصلی از انجام این پژوهش، ۱- بررسی مشکلات مربوط به بهبودی، پیشگیری از عود؛ ۲- بررسی تاثیر مداخله ذهن آگاهی یکپارچه با رفتار درمانی شناختی در بهبود بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی؛ ۳- بررسی اثربخشی مداخله ذهن آگاهی یکپارچه با رفتار درمانی شناختی بر روی کاهش میزان عود و یا کاهش شدت علائم و عوارض نشانه های مرضی به هنگام عود؛ ۴- ارائه یک مداخله ی رواندرمانی اثربخش، کوتاه مدت، مقرون به صرفه به این بیماران؛ ۵- ترویج بکارگیری روش های رواندرمانی در مبتلایان به اختلالات خلقی که ناگزیر به مصرف دارو هستند؛ ۶- از یافته های پژوهش حاضر می توان در ارائه یک روش درمانی روانشناختی که مکمل درمان دارویی اختلال دوقطبی باشد استفاده کرد؛ ۷- همچنین از نتایج پژوهش حاضر در صورت موثر بودن می توان جهت رایج روشی روانشناختی برای بهبودی و کاهش میزان عود در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بکاربرد.

۵- فرضیه پژوهش

در این پژوهش ۵ فرضیه در نظر گرفته شده است:

- (۱) مداخله ذهن آگاهی یکپارچه با رفتار درمانی شناختی باعث بهبودی نشانه های مرضی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می شود.
- (۲) مداخله ذهن آگاهی یکپارچه با رفتار درمانی شناختی باعث کاهش شدت علائم مانیا و در نتیجه پیشگیری از عود در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می شود.

۶- متغیرهای پژوهش

در این پژوهش متغیرهای مختلفی مورد بررسی قرار گرفتند که عبارتند از:

متغیرهای مستقل:

مداخله ذهن آگاهی یکپارچه با رفتار درمانی شناختی

متغیرهای وابسته :

بهبودی، پیشگیری ازعود

متغیر کنترل :

میزان تحصیلات (حداقل پنجم ابتدایی)، سن (حداقل ۱۸سال)، جنس (زن)

۷- ۱ تعریف متغیرهای پژوهش

مداخله ذهن آگاهی یکپارچه با رفتار درمانی شناختی:

ذهن آگاهی به عنوان یک وضعیت روانی، بصورت یک آگاهی حسی افزاینده از زمان حاضر، شناسایی و واکنش پذیری به تجربه، رهایی از قضاوت و داوری، تجربه می شود. در ذهن آگاهی لازم است که تمرکز توجه پایداری بر روی پردازش های حسی با پذیرش بی قید و شرط تجربه حسی داشت. ذهن آگاهی یکپارچه با رفتار درمانی شناختی (MICBT)، یک رویکرد درمانی نظامدار است که با مراقبه ذهن آگاهی و مولفه های اساسی روش های رفتاری و شناختی درآمیخته شده است؛ هدف از این رویکرد درمانی آموزش دادن مراجع به درونی سازی توجه به منظور تنظیم هیجان و توجه و نیز برون فکنی این مهارت ها به بافت هایی است که ترمیم و بازسازی آن ها مورد هدف درمان بوده است (برونو کایون، ۲۰۱۱).

تعریف عملیاتی مداخله ذهن آگاهی یکپارچه با رفتار درمانی شناختی:

این مداخله شامل ۸ تا ۱۲ جلسه می شود که بصورت هفتگی به مدت ۲ تا ۳ ماه برگزار می شود و هر جلسه به مدت ۲ ساعت طول می کشد، البته در این پژوهش از دوره ۸ جلسه ای درمان استفاده شد؛ این جلسات طبق پروتکل درمانی MICBT برگزار می شود (برونو کایون، ۲۰۱۱).

تعریف نظری رفتار درمانی شناختی:

درمان شناختی رفتاری (CBT)، نوعی روان درمانی است که به بیماران کمک می کند تا به درک افکار و احساساتی که بر روی رفتارشان تأثیر می گذارد، نایل گردند. درمان شناختی رفتاری عموماً کوتاه مدت است و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان، فرد یاد می گیرد که چگونه الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارش هستند را شناسایی کند و تغییر دهد (واتکینز و همکاران، ۲۰۰۷).

تعریف عملیاتی رفتار درمانی شناختی:

این مداخله شامل ۸ تا ۱۲ جلسه می شود که بصورت هفتگی به مدت ۲ تا ۳ ماه برگزار می شود و هر جلسه به مدت ۲ ساعت طول می کشد، البته در این پژوهش از دوره ۸ جلسه ای درمان استفاده شد. این جلسات طبق پروتکل درمانی CBT برگزار می شود.

تعریف نظری بهبودی:

از آن جا که در اختلال دوقطبی، فرد نشانه های مرضی افسردگی، اضطراب و شیدایی را تجربه می کند و بسته به شدت علائم عملکرد فردی، بین فردی، اجتماعی و شغلی فرد ممکن است تحت تاثیر قرار بگیرد، بنابراین بهبودی در این پژوهش به معنی کاهش یا از بین رفتن نشانه های مرضی افسردگی و شیدایی و ارتقاء عملکرد شخصی و اجتماعی فرد اعم از شغلی و بین فردی اطلاق می شود.

تعریف عملیاتی بهبودی:

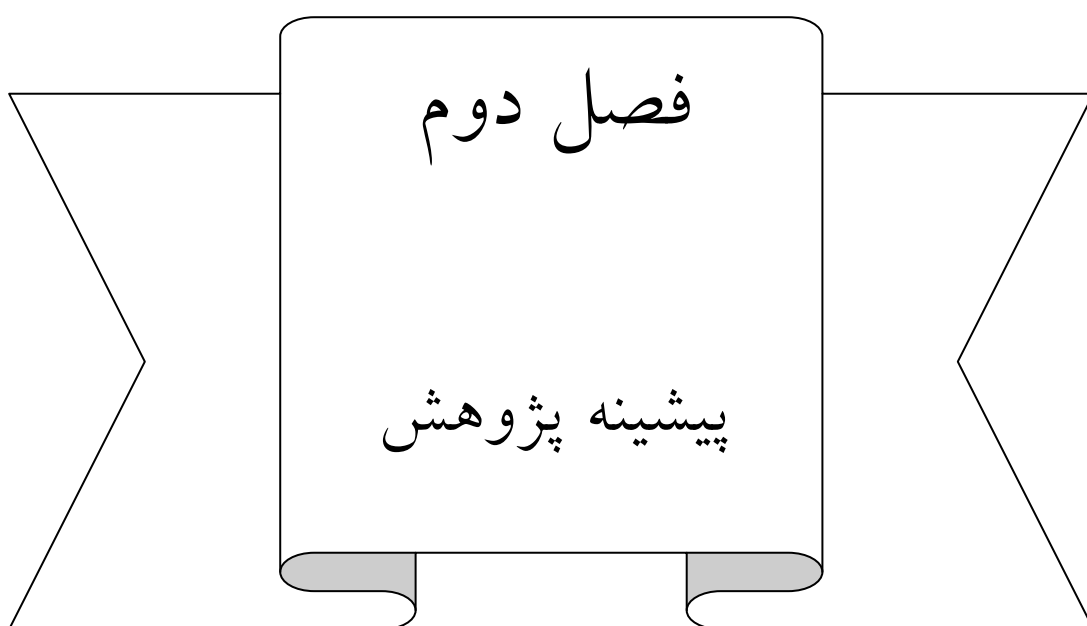
بهبودی در پژوهش حاضر با استفاده از پرسشنامه مصاحبه نیمه ساختاریافته (SCL-90R)، که یک پرسشنامه ۹۰ سوالی، پنج گزینه ای می باشد و ۹ بعد مختلف (شکایت جسمانی، وسواس- اجباری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پر خاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی، روان پریشی) را اندازه گیری می کند، محاسبه می شود.

تعریف نظری پیشگیری از عود:

عود در پژوهش حاضر، بازگشت علائم مانیا با شدت زمان بیماری می باشد؛ از این رو، منظور از پیشگیری از عود کاهش شدت علائم مانیا می باشد.

تعریف عملیاتی پیشگیری از عود:

با توجه به تعریف نظری پیشگیری از عود در این پژوهش، از پرسشنامه غربالگری مانیای یونگ استفاده شد.



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 (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 فرمولبندی کرد. او همچنین نخستین تلاش‌ها را برای توصیف شخصیت بر اساس مزاج انجام داد و شخصیت را به انواع کلریک^۱، فلگماتیک^۲، سنگینه^۳ و ملانکولیک^۴ تقسیم کرد. اگرچه ریشه‌شناسی لغت ملانکولی روشن است اما منشا شیدایی به دلیل اینکه ریشه‌های اساطیری دارد، نسبتاً ناآشکار است ملانکولی melan = سیاه و chole = صفرا، مبتنی بر نظریه مزاجی است. ریشه‌شناسی شیدایی دشوار است چون این کلمه معانی بسیار دارد. این لغت در اسطوره‌ها و اشعار برای توصیف حالات مختلف 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^۵، خشم یا برانگیختگی

۲- یک تعریف زیستی بیماری

۳- یک حالت الهی (سقراط و افلاطون)

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 سبب‌شناسی و نشانه‌شناسی بیماری‌های مزمن و درمان بیماری‌های مزمن 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 (مارنوس و انگست، ۲۰۰۲).

تولید مفهوم مدرن اختلال دوقطبی زمانی است که جان پیر فالره برای نخستین بار در سال ۱۸۵۱، اختلال با ماهیت مجزا با نام جنون دوره‌ای توصیف کرد که ویژگی‌اش وجود یک چرخه پیوسته از افسردگی، شیدایی و فاصله‌های بدون علامت بود. او تغییر پی در پی از ملانکولی به شیدایی و برعکس را تعریف کرد (مارنوس و انگست، ۲۰۰۲).

¹Choleric

²Flegmatic

³Sanguine

⁴Melancolic

⁵Humoral theory

در سال ۱۸۸۹ امیل کراپلین^۱ بر اساس اطلاعاتی که از روان‌پزشکان آلمانی و فرانسوی پیش از خود بدست آورده بود نوعی روان‌پریشی به نام روان‌پریشی شیدایی - افسردگی را توصیف کرد که اکثراً اختلالات عاطفی را در بر می‌گرفت که البته این یگانه‌سازی مخصوصاً در آلمان توسط کارل ورنیکه^۲ و شاگردش کارل کلیست^۳ مورد انتقاد قرار گرفت. ورنیکه به دقت انواع مختلف نشانگان عاطفی را از هم متمایز نمود برای مثال ۵ نوع از ملانکولیا را از هم متمایز کرد. ملانکولی عاطفی^۴، ملانکولی افسرده^۵، ملانکولی بی‌قرار^۶، ملانکولی آتوننی^۷، ملانکولی هیپوکندریازیس^۸. اولین عقیده کریپلین مبنی براینکه ملانکولی تنها بخشی از بیماری افسردگی - شیدایی است را به چالش کشید. کارل کلیست نیز با مفهوم بیماری افسردگی - شیدایی کریپلین مخالف بود. او بین اختلالات عاطفی تک قطبی و دوقطبی تمایز گذاشت. یکی از دانشجویان کلیست که کارهای او را ادامه داد کارل لئونارد بود، او نیز اختلال افسردگی را جدا از اختلال دوقطبی در نظر گرفت. در سال ۱۹۶۶ دو اثر مهم منتشر شد؛ نخست تک‌نگای جولز انگست در سوئیس تحت عنوان: مطالعه‌ای در مورد سایکوزهای افسردگی عودکننده تک‌قطبی و دوقطبی (افسردگی - شیدایی) هر دوی این انتشارات کاملاً از هم مستقل در مورد تمایز طبقه‌بندی بین اختلالات تک‌قطبی و دوقطبی بودند. بنابراین ۶۷ سال بعد از ملاک‌های طبقه‌بندی کریپلین برای اختلال افسردگی - شیدایی و ۱۵۰ سال بعد از اظهارات فالره بیلارگر مفهوم اختلالات دو قطبی در سال ۱۹۶۶ مجدداً متولد شد (همان منبع).

در دهه ۱۹۷۰، تحولات اختلال دو قطبی بیشتر در ایالات متحده به وقوع پیوست تا در آلمان. در سال ۱۹۸۰ انجمن روان‌پزشکی آمریکا اصطلاح اختلال دوقطبی را جایگزین اختلال افسردگی - شیدایی کرد تا دوقطبی و طبیعت دوگانه اختلال بهتر مشخص شود (اوون و ساندرز، ۲۰۰۸).

اختلال دوقطبی یک بیماری روان‌پزشکی مزمن و ناتوان‌کننده است که به طور تقریبی ۱ درصد جمعیت عمومی را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ این اختلال با میزان چشمگیری ناخوشی همراه است به خصوص بدین دلیل که این بیماران دوره‌های طولانی‌تر و در مقایسه با دیگر بیماران خلقی، دوره‌های بهبود کمتری دارند (مندلوئیز، ۱۹۹۹). این اختلال همچنین نرخ مرگ و میر بالایی دارد به طوری که یک سوم بیماران دوقطبی دست کم یک بار به خودکشی اقدام کرده‌اند (گودوین، ۲۰۰۳). با توجه به این مسائل سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۰ اختلال دوقطبی را ششمین علت ناتوانی مادام‌العمر در سازگاری افراد سنین ۱۵ تا ۴۴ سال جهان رتبه‌بندی کرده است (موری، ۱۹۹۶).

¹Emil kraplin

²Carl wernicke

³Karl kleist

⁴Affective melancholia

⁵Depressive melancholia

⁶Melancholia agitata

⁷Melancholia attonita

⁸Melancholia hypochondriaca