

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تعهدنامه‌ی اصالت اثر و رعایت حقوق دانشگاه

تمامی حقوق مادی و معنوی مترتب بر نتایج، ابتکارات، اختراعات و نوآوری‌های ناشی از انجام این پژوهش، متعلق به دانشگاه محقق اردبیلی می‌باشد. نقل مطلب از این اثر، با رعایت مقررات مربوطه و با ذکر نام دانشگاه محقق اردبیلی، نام استاد راهنما و دانشجو بلامانع است.

اینجانب مریم مهرعلی تبار دانش‌آموخته‌ی مقطع کارشناسی ارشد رشته‌ی روانشناسی گرایش بالینی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی به شماره‌ی دانشجویی ۹۰۱۱۲۵۳۱۱۱ که در تاریخ ۹۲/۷/۱ از پایان‌نامه‌ی تحصیلی خود تحت عنوان رابطه حافظه هیجانی، پردازش خودتأملی و راهبردهای تنظیم هیجان با نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و نوع دو دفاع نموده‌ام، متعهد می‌شوم که:

- ۱) این پایان‌نامه را قبلاً برای دریافت هیچ‌گونه مدرک تحصیلی یا به عنوان هرگونه فعالیت پژوهشی در سایر دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی داخل و خارج از کشور ارائه ننموده‌ام.
- ۲) مسئولیت صحت و سقم تمامی مندرجات پایان‌نامه‌ی تحصیلی خود را بر عهده می‌گیرم.
- ۳) این پایان‌نامه، حاصل پژوهش انجام شده توسط اینجانب می‌باشد.
- ۴) در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران استفاده نموده‌ام، مطابق ضوابط و مقررات مربوطه و با رعایت اصل امانتداری علمی، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در متن و فهرست منابع و مأخذ ذکر نموده‌ام.
- ۵) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده یا هرگونه بهره‌برداری اعم از نشر کتاب، ثبت اختراع و از این پایان‌نامه را داشته باشم، از حوزه‌ی معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه محقق اردبیلی، مجوزهای لازم را اخذ نمایم.
- ۶) در صورت ارائه‌ی مقاله‌ی مستخرج از این پایان‌نامه در همایش‌ها، کنفرانس‌ها، سمینارها، گردهمایی‌ها و انواع مجلات، نام دانشگاه محقق اردبیلی را در کنار نام نویسندگان (دانشجو و اساتید راهنما و مشاور) ذکر نمایم.
- ۷) چنانچه در هر مقطع زمانی، خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن (منجمله ابطال مدرک تحصیلی، طرح شکایت توسط دانشگاه و ...) را می‌پذیرم و دانشگاه محقق اردبیلی را مجاز می‌دانم با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات مربوطه رفتار نماید.

نام و نام خانوادگی دانشجو: مریم مهرعلی تبار

امضا

تاریخ



دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی
گروه آموزشی روانشناسی

پایان‌نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد
در رشته‌ی روانشناسی گرایش بالینی

عنوان:

رابطه حافظه هیجانی، پردازش خودتأملی و راهبردهای تنظیم هیجان با نارسایی‌های شناختی در بیماران
دوقطبی نوع یک و نوع دو

اساتید راهنما:

دکتر عباس ابوالقاسمی

دکتر حسین قمری گیوی

استاد مشاور:

دکتر نادر حاجلو

پژوهشگر:

مریم مهرعلی تبار فیروزجاه

مهر - ۱۳۹۲



دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی
گروه آموزشی روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد
رشته‌ی روانشناسی گرایش بالینی

عنوان:

رابطه حافظه هیجانی، پردازش خودتأملی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با نارسایی‌های شناختی
در بیماران دوقطبی نوع یک و نوع دو

پژوهشگر:

مریم مهرعلی تبار فیروزجاه

ارزیابی و تصویب شده‌ی کمیته‌ی داوران پایان‌نامه با درجه‌ی خیلی خوب

امضاء	سمت	مرتبه‌ی علمی	نام و نام خانوادگی
	استاد راهنما و رییس کمیته‌ی داوران	دانشیار دانشیار	دکتر عباس ابوالقاسمی دکتر حسین قمری
	استاد مشاور	استادیار	دکتر نادر حاجلو
	داور	استادیار	دکتر اکبر عطادخت

مهر - ۱۳۹۲

تقدیم به

" به عزیزانی که دوستشان دارم."

تشکر و سپاس

"سپاس خدا را که نور شناختش را به قلب ما تابانید و شکرش را بر وجودمان الهام فرمود. دروازه بی پایان دانش به پروردگاریش را، بر ما گشود و ما را به وادی پر فیض توحید خالصانه- اش راهبری نمود و از هلاک در ورطه انکار و شک بازمان داشت."

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

از خانواده‌ی عزیز خودم و همسرم که رسم زندگی را به من آموختند، تشکر بسیار نموده و بر دست و روی مهربانشان بوسه می زنم.

از همسر بزرگووارم، که همواره حامی و پشتیبان بنده بوده‌اند و موفقیت خودم را مدیون او هستم تشکر می‌کنم.

نام خانوادگی : مهرعلی تبار فیروزجاه	نام: مریم
عنوان پایان نامه: رابطه حافظه هیجانی، پردازش خودتأملی و راهبردهای تنظیم هیجان با نارسایی‌های شناختی در بیماران دوقطبی نوع یک و دو	
اساتید راهنما: دکتر عباس ابوالقاسمی و دکتر حسین قمری استاد مشاور: دکتر نادر حاجلو	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد دانشگاه: محقق اردبیلی تعداد صفحات: ۹۰	رشته: روانشناسی دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی تاریخ دفاع: ۱۳۹۲/۷/۱ گرایش: بالینی
<p>چکیده:</p> <p>اختلال دو قطبی بیماری روانی است که به عنوان بیماری شیدایی - افسردگی نیز شناخته می شود و باعث تغییر غیرعادی در خلق، انرژی و توانایی عملکرد فردی می شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه‌ی حافظه هیجانی، پردازش خودتأملی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک و نوع دو انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراجعین مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و نوع دو به مراکز روانپزشکی شهرستان‌های ساری و تهران بود. نمونه‌ی این پژوهش ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال نوع دو بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها، از پرسشنامه نارسایی‌های شناختی، مقیاس تنظیم شناختی هیجان، پرسشنامه‌ی خودتأملی و آزمون حافظه هیجانی استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها، از روش ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چند گانه و تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که حافظه هیجان ($F=0/23$)، راهبرد منفی تنظیم شناختی هیجان ($F=0/24$) و راهبرد مثبت تنظیم شناختی هیجان ($F=0/40$) با نارسایی‌های شناختی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی رابطه دارند ($P<0/01$) و بین پردازش خودتأملی با نارسایی شناختی در بیماران دو قطبی رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که حدود ۲۷/۷ درصد از واریانس نارسایی‌های شناختی توسط متغیرهای حافظه هیجانی، خود تأملی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان تبیین می‌شود. این یافته ها بیان می‌کنند که حافظه هیجانی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، فرایندهای شناختی بیماران دو قطبی را تحت تأثر قرار می دهند. بنابراین کمک به افراد مبتلا به اختلال خلقی جهت آشنایی با نقایص شناختی و پردازشی و آموزش استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در دوره‌های بیماری می‌تواند نقش مهمی در بهزیستی روانشناختی این افراد ایفا کند.</p>	
کلید واژه‌ها: نارسایی شناختی، راهبردهای تنظیم هیجان ، پردازش خودتأملی، حافظه هیجانی، اختلال دوقطبی	

فصل اول: کلیات پژوهش

۲	مقدمه
۳	بیان مسأله
۶	اهمیت و ضرورت پژوهش
۷	اهداف پژوهش
۷	اهداف کلی
۷	اهداف اختصاصی
۸	تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۱۱	مقدمه
۱۱	اختلال دو قطبی
۱۲	نشانه های خلقی یا هیجانی
۱۲	نشانه های فکری یا شناختی
۱۲	نشانه های انگیزشی
۱۲	نشانه های جسمانی یا تنی
۱۳	اختلال های همراه
۱۳	سبب شناسی
۱۴	عوامل زیستی
۱۵	عوامل ژنتیکی
۱۶	عوامل روانی - اجتماعی
۱۷	دوره های افسردگی
۱۹	دوره های مانیا(شیدایی)
۲۰	ویژگی های بالینی اختلال دو قطبی II
۲۱	تشخیص اختلال دو قطبی II
۲۱	تشخیص اختلال دو قطبی I
۲۲	ملاک های تشخیصی برای اختلال دو قطبی I

۲۳	تشخیص افتراقی اختلال دو قطبی.....
۲۳	سیر و پیش آگهی.....
۲۴	اختلال دو قطبی I.....
۲۴	اختلال دو قطبی II.....
۲۵	درمان.....
۲۵	درمان مانیای حاد.....
۲۷	نارسایی های شناختی.....
۲۹	هیجان.....
۲۹	تنظیم هیجان.....
۳۱	تنظیم شناختی هیجان.....
۳۳	پردازش خود تأملی.....
۳۴	اشکال مختلف نقص در خود تأملی.....
۳۵	تمایز ضعیف بین خیال و واقعیت.....
۳۶	ادغام ضعیف از بازنمایی های خود - دیگری.....
۳۷	مکانیزم های حافظه.....
۳۸	انواع حافظه.....
۳۹	حافظه کاری "بدلی و هیچ".....
۳۹	نظریه انواع حافظه بلندمدت "تولوینگ".....
۴۰	حافظه آشکار و نا آشکار گراف و شاکتر.....
۴۰	تعامل حافظه و هیجان.....
۴۱	حافظه هیجان.....
۴۱	ساختمان های مغزی مرتبط با حافظه هیجانی.....
۴۲	حافظه هیجانی در جوانان.....
۴۲	حافظه هیجانی در سالخوردگان.....
۴۳	هیجان و حافظه نا آشکار.....
۴۴	هیجان و حافظه بلندمدت.....
۴۶	ب)تنظیم شناختی هیجان.....
۴۷	ج)خودتأملی.....
۴۹	جمع بندی پیشینه.....

فصل سوم: روش پژوهش

مقدمه	۵۲
روش تحقیق	۵۲
جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه گیری	۵۲
شیوه جمع آوری اطلاعات	۵۴
روش تجزیه و تحلیل آماری	۵۴

فصل چهارم: نتایج و یافته‌های پژوهش

مقدمه	۵۶
الف) یافته‌های جمعیت‌شناختی	۵۶
ب) یافته‌های توصیفی	۵۸
ج) یافته‌های استنباطی	۵۹
د) یافته‌های جانبی	۶۸

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

مقدمه	۷۱
بحث و نتیجه‌گیری	۷۱
فرضیه اول	۷۱
فرضیه دوم	۷۲
فرضیه سوم	۷۲
فرضیه چهارم	۷۳
سوال اول	۷۳
فرضیه پنجم	۷۵
فرضیه ششم	۷۵
فرضیه هفتم	۷۵
فرضیه هشتم و نهم	۷۵
نتیجه‌گیری	۷۶
پیشنهادات کاربردی	۷۷
منابع و مأخذ	۷۸

جدول ۴-۱: توزیع فراوانی و درصد جنسیت در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و نوع دو.....	۵۶
جدول ۴-۲: توزیع فراوانی و درصد وضعیت شغلی در افراد مبتلا به دوقطبی نوع یک و نوع دو.....	۵۶
جدول ۴-۳: توزیع فراوانی و درصد سطح تحصیلات در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و نوع دو.....	۵۷
جدول ۴-۵: میانگین و انحراف استاندارد حافظه هیجانی در افراد مبتلا به دوقطبی نوع یک و نوع دو.....	۵۸
جدول ۴-۶: میانگین و انحراف استاندارد خودتأملی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و نوع دو.....	۵۸
جدول ۴-۷: میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و نوع دو.....	۵۸
جدول ۴-۸: میانگین و انحراف استاندارد نارسایی شناختی و مولفه هایش در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و دو.....	۵۹
جدول ۴-۹: ضریب همبستگی حافظه هیجانی با نارسایی های شناختی و مولفه های آن در بیماران دوقطبی.....	۵۹
جدول ۴-۱۰: ضریب همبستگی خودتأملی با نارسایی شناختی و مولفه های آن در افراد مبتلا به دوقطبی.....	۶۰
جدول ۴-۱۱: ضریب همبستگی راهبردهای تنظیم هیجان با نارسایی شناختی و مولفه های آن در افراد مبتلا به دوقطبی.....	۶۰
جدول ۴-۱۲: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری حافظه هیجانی، پردازش خود تاملی و راهبردهای شناختی تنظیم.....	۶۱
هیجان بر نارساییهای شناختی.....	۶۱
جدول ۴-۱۳: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری حافظه هیجانی، پردازش خود تاملی، راهبردهای شناختی تنظیم.....	۶۲
هیجان بر حواس پرتی.....	۶۲
جدول ۴-۱۴: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری حافظه هیجانی، پردازش خود تاملی، راهبردهای شناختی تنظیم.....	۶۳
بر یادآوری اسامی.....	۶۳
جدول ۴-۱۵: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری حافظه هیجانی، پردازش خود تاملی، راهبردهای شناختی تنظیم.....	۶۴
هیجان اشتباهات سهوی.....	۶۴
جدول ۴-۱۶: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری حافظه هیجانی، پردازش خود تاملی، راهبردهای شناختی تنظیم.....	۶۵
هیجان بر مشکلات مربوط به حافظه.....	۶۵
جدول ۴-۱۷: نتایج آزمون لوین برای متغیرها در مورد نمرات حافظه هیجانی، خود تاملی، راهبردهای شناختی تنظیم.....	۶۶
هیجان و نارسایی شناختی در بیماران دو قطبی نوع یک و نوع دو.....	۶۶
جدول ۴-۱۸: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری نمرات حافظه هیجانی، پردازش خود تاملی، راهبردهای.....	۶۶
شناختی تنظیم هیجان و نارسایی شناختی در بیماران دو قطبی نوع یک و نوع دو.....	۶۶
جدول ۴-۱۹: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) بر روی حافظه هیجانی، خود.....	۶۷
تاملی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و نارسایی شناختی در بیماران دو قطبی نوع یک و نوع دو.....	۶۷
جدول ۴-۲۰: میانگین و انحراف استاندارد شدت نشانه در افراد مبتلا به دوقطبی نوع یک و نوع دو.....	۶۸
جدول ۴-۲۱: ضریب همبستگی نارسایی شناختی، حافظه هیجانی، راهبردهای منفی تنظیم هیجان و راهبردهای مثبت تنظیم.....	۶۸
هیجان با شدت نشانه ها در افراد مبتلا به دو قطبی.....	۶۸
جدول ۴-۲۲: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری حافظه هیجانی، پردازش خود تاملی، راهبرد تنظیم هیجان.....	۶۹

فصل اول

کلیات پژوهش

اختلالات خلقی^۱ با اختلال در تنظیم خلق، رفتار و عاطفه مشخص می‌شوند؛ از این رو فرد طیف ناپهنجاری از افسردگی تا نشئه و شادی را تجربه می‌کند (کاپلان و سادوک^۲، ۲۰۰۴؛ ترجمه پور افکاری، ۱۳۷۶).

سازمان جهانی بهداشت^۳، اختلال‌های خلقی را یکی از مشکلات جهان در سده ۲۱ دانسته است (بوید^۴، ۲۰۰۵). در ایلات متحده آمریکا، اختلالات خلقی نزدیک به ۲۵ درصد کل بیماری‌ها را تشکیل می‌دهند. این میزان، از انواع سرطان‌ها که جامعه بشری را درگیر کرده است، بیشتر است (کارسون^۵، ۲۰۰۰). در ایران نیز شیوع مادام‌العمر اختلال‌های خلقی ۲ تا ۲۵ درصد گزارش شده است (نصیری، ۱۳۸۲).

پیامدهای احتساب ناپذیر و سنگین اختلال‌های خلقی و ماهیت عود کننده و هزینه‌های سنگین آن سبب شده است که این اختلال در ردیف اختلال‌های ناتوان کننده بشمار رود، و متخصصان به مراقبت و درمان این اختلال توجه ویژه داشته باشند. همچنین در سال‌های اخیر به روان‌درمانی‌ها به خصوص مداخله‌های روانی- اجتماعی در کنار دارو درمانی بیشتر توجه شده است. از جمله این مداخله‌ها که بر پایه خانواده نیز می‌باشد "آموزش روانی خانواده است (میکلویتز^۶، ۲۰۰۴).

اختلال دوقطبی^۷، یک اختلال روان‌پزشکی شایع، شدید و عودکننده می‌باشد که با تغییرات خلقی و دوره‌های مکرر افسردگی تا مانیا مشخص می‌شود (سوان، گیلر، پست، آلشوپلر، چانگ، دلبل و همکاران^۸، ۲۰۰۵). همچنین یک مشکل بزرگ بهداشت عمومی است که بار اقتصادی زیادی بر بیماران، خانواده‌ی آن‌ها و جامعه تحمیل می‌کند. شیوع آن در خویشاوندان درجه اول بزرگسالان و کودکان مبتلا به اختلال دو قطبی ۵ تا ۱۰ درصد است (لوینسون، کلین و سیلی^۹، ۱۹۹۵؛ به نقل از صداقتی، ۱۳۹۰).

-
- 1-Affective disorders
 - 2- Kaplan & Sadok
 - 3- World HealthOrgnaization
 - 4- Boyd
 - 5- Carson
 - 6- Miklovitz
 - 7- Bipolar disorder
 - 8- Sawawn,Geller, Post, Althuplure, chang, Delbell & et al
 - 9- Levenson,Celen & Seley

اختلال دو قطبی به دو نوع تقسیم می شود. اگر شخصی علائمی را تجربه کرده است که با ملاک‌های 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 هیپومانیا (و بدون سابقه دوره‌های مانیا کامل) استفاده می‌شود (بروان و بارلو^۱، ۲۰۰۷؛ به نقل از صداقتی، ۱۳۹۰). علائم و نشانه‌های اختلال هفته‌ها تا ماه‌ها دوام می‌یابند و از کارکردهای عادی شخص، کاملاً متفاوت هستند و معمولاً به‌طور دوره‌ای میل دارند. سن شروع اختلال دو قطبی ۵ الی ۶ سالگی تا ۵۰ سالگی حتی ندرتاً بالاتر با میانگین ۴۰ سالگی، گسترده است. شیوع طول عمر اختلال دو قطبی حدود ۱ درصد است (در مردان و زنان به‌طور یکسان شایع) است. برخی از بیماران دوقطبی بزرگسال شروع بیماری را در دوران کودکی و نوجوانی گزارش کرده‌اند. این موضوع می‌تواند مطرح کننده احتمال خطر این اختلال در کودکان والدین مبتلا به اختلال دوقطبی باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

شواهد حاکی از این است که در بیماران دوقطبی کمبودهای شناختی پایداری در توجه، تمرکز و حافظه حتی وقتی که آن‌ها احساس سرحالی می‌کنند وجود دارد (تامپسون^۲، ۲۰۰۵). همچنین چندین مطالعات نشان می‌دهند که بیماران دو قطبی در طول حالت‌های خلقی نقایص شناختی را نشان می‌دهند (مارتازین-آران، ویتا، کلمف، رینرز، بنابراین و همکاران^۳، ۲۰۰۴؛ ساوتیز، سولمز و رمرا^۴، ۲۰۰۵). هدف اصلی انجام پژوهش تعیین رابطه‌ی حافظه هیجانی، پردازش خودتأملی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با نارسایی‌های شناختی در بیماران دو قطبی نوع یک و نوع دو می‌باشد.

بیان مسأله

اختلالات خلقی از شایع‌ترین اختلالات روان پزشکی هستند که به صورت خلق پایین در دوره‌های افسردگی و یا خلق بالا در دوره‌های شیدایی بروز می‌کنند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۴). اختلالات خلقی به اختلالات افسردگی، اختلالات دوقطبی و اختلال‌های مبتنی بر سبب شناسی، اختلال خلقی ناشی از حالت طبی عمومی و اختلال خلقی ناشی از مواد تقسیم می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۵، ۲۰۰۰). اختلال دو قطبی، بیماری روانی است که به عنوان بیماری شیدایی - افسردگی نیز شناخته می‌شود و باعث تغییر غیرعادی در خلق، انرژی و توانایی عملکرد فردی می‌شود. دامنه‌ای از هیپومانیا و افسردگی متوسط تا مانیای شدید و افسردگی با نشانه‌های پسیکوتیک را در بر می‌گیرد (مولر-اورالیگاسن،

-
- 1- Beravan & Barlo
 - 2- Tampuson
 - 3 - Martazen-Aran ,Vieta.,Colomf,Reinares,Benabarren & et al
 - 4 - Savitz,Solms &Ramerara
 - 5- Amerecan psychiatry Assecaiton

برقوفر و بویر^۱، ۲۰۰۲). اختلال دو قطبی که با تغییرات خلقی و دوره های مکرر افسردگی و مانیا مشخص می شود، در همه مردم جهان، از هر نژاد و طبقه اجتماعی ممکن است دیده شود که با ناتوانی های متعدد همراه بوده و از ششمین علت ناتوانی در جهان است. میزان شیوع اختلال دوقطبی خیلی کمتر از افسردگی شدید است و تخمین زده می شود که ۴ تا ۸ درصد جمعیت بزرگسال را شامل می شود. اختلال دوقطبی نوع یک تقریباً ۸ درصد جمعیت بزرگسال و اختلال دوقطبی نوع دو تقریباً ۵ درصد افراد را گرفتار می کند (میرز^۲، ۱۹۸۴؛ به نقل از صداقتی، ۱۳۹۰).

متغیرهای زیادی در بیماران دوقطبی در اثر این بیماری و گذشت زمان دچار آسیب می شوند که در این پژوهش نارسایی های شناختی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، پردازش خودتأملی و حافظه هیجانی مورد توجه قرار گرفته اند. یکی از پیامدهای مهم اختلال دوقطبی، نارسایی های شناختی^۳ است. نارسایی های شناختی، عبارت است از ناتوانی فرد در تکمیل تکالیف که به طور طبیعی قادر به انجام آن است. نارسایی شناختی شامل حواس پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی می باشد (والاس^۴، ۲۰۰۴). منظور از نارسایی های شناختی، خطاهایی است که به طور روزانه در توجه، حافظه و ادراک رخ می دهد. به عبارتی مشکلات افراد در تجربه موقعیت های عادی روزانه است که با خطا در کنترل کردن پردازش مرتبط است، مانند تمرکز بر توجه و حافظه کاری (اوستین، مینچل و گودوین^۵، ۲۰۰۱). شواهد حاکی از این است که در بیماران دوقطبی کمبودهای شناختی پایداری در توجه، تمرکز و حافظه حتی وقتی که آن ها احساس سرحالی می کنند وجود دارد (تامپسون^۶، ۲۰۰۵). همچنین چندین مطالعات نشان می دهند که بیماران دو قطبی در طول حالت های خلقی، نقایص شناختی را نشان می دهند (مارتازین- آران و همکاران، ۲۰۰۴؛ ساوتیز و همکاران، ۲۰۰۵). حوزه های مختل شده در بیماران دو قطبی فقط محدود به کارکرد اجرایی (حافظه فعال، کنترل اجرایی، سیال کلامی، انعطاف پذیری ذهنی)، یادگیری کلامی و حافظه، نقص توجه و سرعت روانی- حرکتی نیستند (آرتز، گروت و کینت^۷، ۲۰۰۸؛ رابینسون، تامپسون، گالیجر، گاوسمی، یانگ و فریر^۸، ۲۰۰۶؛ توریس، باودیرو و یاتم^۹، ۲۰۰۷). همچنین اختلال های شناختی با عملکرد اجتماعی و شغلی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی حتی بعد از دوره های بهبودی طولانی مدت و کنترل علائم بالینی آن ها مرتبط هستند (رابینسون و همکاران، ۲۰۰۶). علاوه بر این، مطالعات اخیر نشان می دهند که ناتوانی عملکردی ممکن است ناشی از عوامل شناختی مختل شده در بیماران دو قطبی

1- Muller-orelinghausen, Berghofer & Bauer

2- Mirze

3- Cognitive deficits

4- Wallace

5- Austen, Mentchel & Googwen

6- Tampon

7- Arntz, Groot & kindt

8- Robinson, Thompson, Gallagher, Goswami, Young & Ferrier

9- Torres, Bovdreauv & yatha

باشد (آلشولر، بیردن، گرین، وان گروپ و مینتزج^۱، ۲۰۰۸). متغیر دیگری که بر نارسایی‌های شناختی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی می‌تواند تاثیر بگذارد، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان^۲ است. تنظیم هیجان شامل ایجاد افکار و رفتارهایی که به افراد آگاهی می‌دهد که چه هیجانی دارند، چه هنگامی این هیجان در آن‌ها پدید می‌آید و چگونه باید آن را ابراز نمایند. تنظیم هیجان در دو چهارچوب مهم (گروس^۳ ۱۹۹۹-۱۹۹۸)، بررسی می‌شود.

۱- راهبردهای تنظیم هیجانی پیش از رخداد حادثه یا در آغاز بروز آن فعال می‌شوند و از بروز هیجان‌های شدید پیش‌گیری می‌کنند، ۲- راهبردهای که پس از بروز حادثه و یا پس از پیدایی هیجان فعال می‌شوند، این راهبردها نمی‌توانند از ایجاد هیجان‌های شدید پیش‌گیری کنند. صالحی، باغبان، بهرامی و احمدی (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان داده‌اند که دو راهبرد شناختی تنظیم هیجان از جمله مصیبت بار تلقی کردن و نشخواری فکری، می‌توانند پیش‌بینی‌کننده‌ی مشکلات هیجانی باشند.

متغیری که به نظر می‌رسد نارسایی‌های شناختی بیماران دوقطبی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، پردازش خودتأملی^۴ است. خودتأملی شامل تحلیل علت‌ها و نتایج احساسات و افکار شخص به روشی که منجر به حل مسئله شود (ایداوک، مینچل و دواتی^۵، ۲۰۰۲، کروس، ایداوک و میچل^۶، ۲۰۰۵). به طور اختصاصی‌تری این شامل تغییر جهت از آن‌چه که هیجان‌ها و افکار از یک دیدگاه سوم شخص یادآوری می‌شود، در واقع فرد خودش را از رویداد دور می‌سازد و قادر می‌شود تا افکار و هیجان‌ها را به روشی که منجر به کاهش برانگیختگی می‌شود پردازش کند (کروس و همکاران، ۲۰۰۵). توانایی خودتأملی به صورت انعطاف‌پذیری در کمک به رشد رفتار فردی در مقابله با بیماری‌های روانی و نتایج بهتر درمانی ربط داده شده است (تیلور، بگ بی و پارکر^۷، ۱۹۹۷؛ گراب، فارمر، انکرهولد، اولریچ، گروگر و فرانک^۸، ۲۰۰۸). تنظیم هیجانی و احساسی ضعیف ممکن است ناشی از خودتأملی تحریف شده باشد (اوپیستر و گروس^۹، ۲۰۰۸). جان گروبر، الیسون، هاروی و جانسون^{۱۰}، (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان داده‌اند که بیماران دوقطبی، هم در پردازش نشخواری و هم در پردازش تأملی نسبت به افراد بهنجار عاطفه مثبت بیشتری را گزارش داده‌اند. در سال‌های اخیر حافظه هیجانی^{۱۱}

1- Altshuler, Bearden, Green, Van Grop & Mintzj

2- Regulation emotion cognitive

3 - Groos

4- Self-reflective proccsing

5- Aeduk, Maenchel & Dvanty

6- Kross, Ayduk & Mischel

7- Tylor, Bagby & Parker

8 - Grab , Frommer , Ankker hold , Ulrich, Groeger & Frank

9 - Ochester & Groos

10 - June Gruber , Allison , Harvey & Johnson

11- Memory emotional

مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان قرار گرفته است (ادولف^۱، ۱۹۹۷؛ کهیل، بابنسکی، مارکوویچ و مک گاوی^۲، ۱۹۹۵). حافظه هیجانی را می‌توان به صورت یک سیستم پویا و سازوکاری تعریف کرد که ما از طریق آن، اطلاعات دارای بار هیجانی را نگهداری و برای استفاده در زمان حال بازخوانی می‌کنیم (هامان، ۲۰۰۱؛ به نقل از کبودین). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که حافظه هیجانی با عملکرد افراد در حوزه‌های مختلف زندگی ارتباط قوی دارد. دی و وانق^۳ (۱۹۹۶) بین سبک میان فردی فاقد عاطفه و همدلی با اختلال قابل توجه در ظرفیت پردازش محرکات هیجانی با بار منفی، رابطه قوی پیدا کردند. لذا با توجه به مطالب فوق این پژوهش در صدد پاسخگویی به این سؤال مهم است که آیا حافظه هیجانی، پردازش خودتأملی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، نارسایی‌های شناختی بیماران دو قطبی نوع یک و نوع دو را به طور معناداری پیش بینی می‌کند؟

اهمیت و ضرورت پژوهش

اختلالات خلقی تاثیر بسیار جدی بر زندگی روزمره و کارکردهای مختلف این بیماران می‌گذارد. با توجه به شیوع بالای این دسته از اختلالات و پیامدهای سنگین آن‌ها نیاز به اقدامات مهم در زمینه پیشگیری تشخیص و درمان به نظر می‌رسد که انجام این پژوهش از اهمیت زیادی برخوردار باشد. مطالعات اخیر حاکی از آن است که در میان درصد بالایی از بیماران دوقطبی، پیش آگهی وخیم، نرخ بالا عود، نارسایی‌های کنشی و شناختی و ناتوانی‌های روانی-اجتماعی مزمن گزارش شده است (مولر-اورالیگاسن و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین پیامدهای ناشی از این بیماری، اهمیت انجام این پژوهش را دو چندان می‌کند. در مجموع بین ۲۰ تا ۵۰ درصد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی کارکردهای اجتماعی و شغلی مختل دارند. میزان تلاش برای خودکشی و خودکشی‌های موفقیت آمیز در دوقطبی‌ها بیشتر از یک قطبی است. ۱۵ درصد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی از راه خودکشی به زندگی خود خاتمه می‌دهند (بوردی ولف^۴ ۱۹۷۱؛ کارلسون، کوتین، دوانپورت، آدلند، ۱۹۷۴؛ ریچ، دیویس، هیلمهوج ۱۹۷۴؛ دانرگر شوم و گودوین، ۱۹۷۶؛ به نقل از صداقتی، ۱۳۹۰). از آن جایی که افسردگی دوقطبی بسیار کمتر از افسردگی یک قطبی شایع است، جای تردید باقی نمی‌ماند که بیماران دو قطبی در معرض خطر زیاد خودکشی قرار دارند (ریمر، بارسی، آراتو و دیمتر^۵، ۱۹۹۰؛ به نقل از صداقتی، ۱۳۹۰). لذا برای تعدیل این پدیده به نظر می‌رسد که نقش متغیرهای روان شناختی بر تشدید این اختلال مورد بررسی قرار گیرد.

-
- 1- Adoulhp
 - 2- Cahill, Babinsky, Markowitsch & McGavgh
 - 3- Dey Vangh
 - 4- Borde volphe
 - 5- Rimer, Barsi, Arato & Dimter

همچنین با توجه به این که میزان قابل توجهی از بیماران روانی را افراد مبتلا به اختلالات خلقی تشکیل می دهند و میزان مراجعه کنندگان این بیماران به مراکز بالینی نسبتاً رو به افزایش است، اهمیت بررسی این بیماران ضروری است. اهمیت و حساسیت موضوع پژوهش نیز می تواند انگیزه خوبی برای انجام این پژوهش باشد. با توجه به اینکه تاکنون پژوهش های کمی در ارتباط با متغیرهای حافظه هیجانی، پردازش خود تأملی و نارسایی های شناختی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شده است، انجام این پژوهش ضروری و مهم به نظر می رسد و این امر می تواند باعث تقویت و افزایش علم آسیب شناسی روانی گردد.

اهداف پژوهش:

اهداف کلی

- ۱- تعیین ارتباط حافظه هیجانی، پردازش خودتأملی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با نارسایی های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی.
- ۲- مقایسه متغیرهای حافظه هیجانی، پردازش خودتأملی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و نارسایی های شناختی در بیماران مبتلا به دو قطبی نوع یک و نوع دو

اهداف اختصاصی

- ۱- تعیین ارتباط بین حافظه هیجانی و نارسایی های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی.
- ۲- تعیین ارتباط بین پردازش خود تأملی و نارسایی های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی
- ۳- تعیین ارتباط بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان و نارسایی های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی
- ۴- تعیین ارتباط بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و نارسایی های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال

دوقطبی

- ۵- مقایسه نارسایی های شناختی در بیماران مبتلا به دو قطبی نوع یک و نوع دو
- ۶- مقایسه پردازش خود تأملی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک و نوع دو
- ۷- مقایسه حافظه هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک و نوع دو
- ۸- مقایسه راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک و نوع دو
- ۹- مقایسه راهبردهای منفی تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک و نوع دو

سوالات تحقیق:

۱- کدام یک از متغیرهای حافظه هیجانی، پردازش خودتأملی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، نارسایی های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را به طور معناداری پیش بینی می کند؟

فرضیات پژوهش:

۱- بین حافظه هیجانی و نارسایی های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی رابطه منفی وجود دارد.
۲- بین پردازش خودتأملی و نارسایی های شناختی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی رابطه مثبت وجود دارد.
۳- بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان و نارسایی های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی رابطه مثبت وجود دارد.

۴- بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و نارسایی های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی رابطه منفی وجود دارد.

۵- بین نارسایی های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک و نوع دو تفاوت وجود دارد.

۶- بین پردازش خودتأملی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک و نوع دو تفاوت وجود دارد.

۶- بین حافظه هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک و نوع دو تفاوت وجود دارد.

۸- بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک و نوع دو تفاوت وجود دارد.

۹- بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک و نوع دو تفاوت وجود دارد.

تعریف نظری و عملیاتی متغیرها:

اختلال دوقطبی: طبق DSM-TV-TR، اختلال دو قطبی نوع یک عبارت است از، داشتن حداقل یک دوره ی مانیا یا مختلط و گاهی دوره های افسردگی عمده در سیر بالینی، دوره های مختلط حداقل به مدت یک هفته ای است که در آن دوره های مانیا و افسردگی عمده تقریباً هر روز پیدا می شود و اختلال دو قطبی نوع دو، اختلالی است که با دوره های افسردگی عمده و هیپومانیا و نه (مانیا) مشخص می شود (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۰۰). منظور از اختلال دو قطبی در پژوهش حاضر، بیماری است که توسط روان پزشک تشخیص داده شده است.
همچنین در این پژوهش منظور از شدت نشانه های اختلال دوقطبی، میزان نمره ای است که هر بیمار از مقیاس دو قطبی میلون کسب می کند. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

نارسایی‌های شناختی: عبارت است از ناتوانی فرد در تکمیل تکالیف که به طور طبیعی قادر به انجام آن است. نارسایی‌های شناختی شامل حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی می‌باشد (والاس، ۲۰۰۴). در این پژوهش منظور از نارسایی شناختی، میزان نمره‌ای است که هر بیمار از پرسشنامه نارسایی‌های شناختی کوپر و پارکر (۱۹۸۲) کسب می‌کند. مقیاس اندازه‌گیری این متغیر فاصله‌ای است.

حافظه هیجانی: حافظه هیجانی را می‌توان به صورت یک سیستم پویا و سازوکاری تعریف کرد که ما از طریق آن، اطلاعات دارای بار هیجانی را نگهداری و برای استفاده در زمان حال بازخوانی می‌کنیم (هامان ۲۰۰۱؛ به نقل از کبودین). در این پژوهش منظور از حافظه هیجانی میزان نمره‌ای است که هر بیمار از آزمون حافظه هیجانی کمیل و مک گو (۱۹۵۵) کسب می‌کند. مقیاس اندازه‌گیری این متغیر فاصله‌ای است.

پردازش خودتأملی: توانایی آگاهی و ارتباط با افکار خود شخص و احساساتی که نسبت به فرد دیگری دارد (لی ساکر^۱، ۲۰۰۹). در این پژوهش منظور از خودتأملی میزان نمره‌ای است که هر بیمار از مقیاس خودتأملی گرانت (۲۰۰۲) کسب می‌کند. مقیاس اندازه‌گیری این متغیر فاصله‌ای است.

راهبردهای شناختی تنظیم هیجان: حوزه‌ی تنظیم هیجان بررسی می‌کند که چه‌طور افراد هیجانات شان را مدیریت می‌کنند، چه‌طور هیجانات شان را تجربه می‌کنند، چه‌طور تحت تاثیر هیجانات شان قرار می‌گیرند و چه‌طور هیجانات شان را ابراز می‌کنند (گروس، ۱۹۹۸). در این پژوهش منظور از تنظیم شناختی هیجان، میزان نمره‌ای است که هر بیمار در مقیاس تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۰۱) کسب می‌کند. مقیاس اندازه‌گیری این متغیر فاصله‌ای است.

1-Lesaker