مقـــاله تحقیقی

ساخت و بررسی روایی و پایایی پرسشنامه‌ی تشخیص علایم اختلال دوقطبی

زینب رستمی[1]، محمد رضا عابدی[2*]، پریسا نیلفروشان[3]

[1] دانشجوی دکتری مشاوره شغلی، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

[2] استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

[3] دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

نشانی الکترونیک:

m.r.abedi@edu.ui.ac.ir

چکیده

زمینه: به منظور سنجش علائم اختلال بیماران دوقطبی و ساخت پرسشنامه ای در این زمینه، این مطالعه بر روی ۱۰۸ نفر که از دو گروه نمونه (۵۳ نفر شرکت کننده ی غیر بالینی) و (۵۵ نفر شرکت کننده ی دارای اختلال دو قطبی) که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده بودند انجام شد.

روش کار: به منظور بررسی پایایی این پرسشنامه ی ۷۴ سوالی از روش همسانی درونی و ثبات زمانی استفاده شد. همچنین تحلیل عاملی و بررسی روایی محتوایی، سازه و همگرای پرسشنامه ی تشخیص علائم اختلال دوقطبی نیز مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱ (N = ۵۵، در نمونه دو قطبی) و ۰/۸۳ (N = ۵۳، در نمونه غیر بالینی) P <۰/۰۵ بود که نشان از همسانی درونی مناسب این ابزار داشت. همچنین برای بررسی ثبات زمانی پرسشنامه ۳۵ شرکت کننده (ترکیبی از هر دو گروه غیر بالینی و گروه مبتلایان به اختلال دو قطبی) به طور تصادفی از بین ۱۰۸ شرکت کننده انتخاب شده و پرسشنامه را برای مرتبه ی دوم و هفت هفته بعد از اولین باری که پر کرده بودند ، تکمیل کردند. ضریب همبستگی نمرات کل پرسشنامه بین مرتبه ی اول و مرتبه ی دوم r = ۰/۹۱ ،P <۰/۰۱ بود، که حاکی از ثبات بسیار خوب این پرسشنامه است. روایی همگرای این پرسشنامه با پرسشنامه ی مشکلات شغلی بیماران دوقطبی بررسی شد و همبستگی نمره ی کل پرسشنامه ی مشکلات شغلی بیماران دوقطبی با نمره کل پرسشنامه ی تشخیص علایم اختلال دوقطبی در نمونه ی غیر بالینی و نمونه ی دو قطبی به ترتیب (r = ۶۶ ،P <۰/۰۱ ،N = ۵۳) و (r = ۶۶ ،P <۰/۰۱ ،N = ۵۳) می باشد. در بررسی عاملی پرسشنامه با استفاده از چرخش واریمکس هشت خرده مقیاس استخراج شد که شامل: مشکلات ارتباطی، رنجوری، تغییرطلبی، بی ثباتی، بیقراری، سرخوشی، مشکل در ادراک مساله و افکار افسرده وار می باشند.

نتیجه گیری: پرسشنامه ی تشخیص علائم اختلال دوقطبی یک پرسشنامه ی روا و پایا برای سنجش تشخیص علائم اختلال بیماران دوقطبی است.

واژگان کلیدی: اختلال دوقطبی، تشخیص، پرسشنامه، روایی، پایایی.

مقدمه

اختلال دو قطبی[1] یک اختلال در خلق و خو[2] است که علامت اصلی آن ناهنجاری خلقی است و اولین قدم در تشخیص صحیح این بیماری شناخت خلق به طور دقیق و کامل است. در واقع خلق یک حالت ذهنی آگاهانه یا احساس غالب بوده و مجموعه ای از احساسات است که احساس آرامش یا حس ناخوشایندی ما را بیان می کند(۱).

خلق به منزله‌ی یک دماسنج هیجانی عمل می کند و زمانی که با اختلال خلقی روبه رو باشیم این دماسنج هیجانی به درستی عمل نمی کند. در اختلالات خلقی، خلق و خو از محیط فرد جدا می شود و احساسات "شاد" و "غمگین" بی توجه نسبت به تاثیرات محیط، ریتم ها ونوسانات خودشان را پی می‌گیرند. برای مثال شخصی را تصور کنید که سیستم تنظیم دمای بدنش به درستی کار نمی‌کند، در یک روز آفتابی گرم ناگهان شروع به لرزیدن می کند یا در اتاقی که بقیه در آن سردشان است عرق می کند. واکنش های این فرد در برابر گرما و سرما غیرعادی است. بدن او، حس می کند که هوا سرد است وقتی که نیست و احساس گرما می کند وقتی دمای هوا سرد است (۲).

به بیان دیگراختلال خلق به عنوان مشکلات ادراک و یا تنظیم هیجان توصیف می شود و هسته ی اصلی برای تشخیص اختلال دوقطبی، قطبیت، شدت، طول مدت و فراوانی تغییر عاطفه و مطابقت و تناسب آن در ارتباط با محرک ها است (۳). تظاهرات بالینی این اختلال فوق العاده متنوع است واز هیپومانیا یا افسردگی خفیف تا اشکال شدید مانیا یا افسردگی همراه با روان پریشی عمیق متغیر است (۴). در واقع اختلال دوقطبی به علت سخت بودن تشخیص درست و قابل اعتماد آن و پیچیدگی افتراق دادن آن از اختلالات مشابه و همچنین عدم بینش فرد مبتلا نسبت به علائم آن اغلب شبیه یک معمای مبهم عمل می کند (۳). افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ممکن است که علایم افسردگی خود را انکار کنند که البته این شرایط به عنوان افسردگی نقاب دار توصیف می شود اما سیستم های تخصصی کنونی چنین علائمی را تشخیص نمی دهند و اغلب به دلیل عدم وجود خلق افسرده، ملاک‌های تشخیصی کامل نمی شود و این علائم به عنوان علائم همبود با مشکلات پزشکی یا تشخیص داده نمی شود و یا اینکه به سختی به عنوان مشکلات پزشکی مورد تشخیص قرار می گیرد (۲).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اولین دوره‌ی بیماری دوقطبی مخصوصا در بین زنان، تجربه‌ی فاز افسردگی است (۵). در بین ۱۵% از بیماران، افسردگی به طور ناگهانی و بی دلیل اتفاق می‌افتد (۲). این تجربه اغلب خارج از چارچوب محرک بیرونی اتفاق افتاده و بیمار یک هراس بی دلیل همراه با آشفتگی و عذاب درونی شدید را تجربه می‌کند. تجربه‌ی این رنج درونی اغلب پایدار است و نوسانات خودبه خودی در طول روز نیز رخ می‌دهد که اغلب این نوسانات در صبح یا بعدازظهر اتفاق می‌افتند و به تناسب تغییرات شیمیایی مغزی و نوسانات خلقی مثبت و منفی حاصل از آن سبک تفکر بیمار نیز به طرز بی ثباتی از بسیار خوش بینانه به بسیار بدبینانه تغییر می کند (۶ و ۲).

بیماران دوقطبی اغلب در فاز افسردگی تفکر سیاه و سفید دارند و از پشت یک سایه‌ی تاریک دنیا را تماشا می‌کنند. گاهی اوقات این بدبینی به حدی می‌رسد که در این بیماران تبدیل به هذیان می‌شود. هذیان در ۱۲ تا ۶۶% بیماران دوقطبی وجود دارد (۷) که از جمله‌ی این هذیان‌ها ، فقر، بدبختی، هذیان‌های مربوط به بیماری و سلامتی، مخصوصا بیماری ایدز، سرطان و هذیان پوچ‌گرایی است. تحت تاثیر افسردگی هذیانی بیمار نه تنها به خودکشی بلکه به دیگر کشی نیز می‌اندیشد و ممکن است برای مثال بیمار دارای هذیان فقر و بدبختی، کودکان خود را برای محافظت از شر بدبختی و فقر بکشد و پس از آن نیز خودش اقدام به خودکشی نماید وجه تمایز هذیان در بین بیماران دوقطبی با بیماران هذیانی در بین مبتلایان به اسکیزوفرنیا این است که ماهیت هذیان در بین بیماران دوقطبی متغیر بوده و سیستماتیک نبوده و متناسب با خلق بیمار است و این بیماران متمایل به عملی کردن و واقعیت بخشی به باورهای هذیانی شان هستند در حالی که ماهیت هذیان در بین بیماران اسکیزوفرنیک اینگونه نبوده و پس از هجوم هذیان، این بیماران تمایل به انزوای بیشتر دارند (۸).

در خلق بالا مخصوصا مانیا نیز بیمار در تفکر انتزاعی و مفهوم سازی مشکل پیدا می کند. اگرچه در این حالت بیمار خلاقیتش افزایش پیدا می کند ولی خلاقیت فقط در موارد کوچکی برای بیمار کارساز است چرا که در این حالت بیمار تمرکز خود را از دست داده و قدرت تمیز بین موارد مهم و غیر مهم را ندارد. همچنین در فاز خوش بیمار دچار عزت نفس بیمارگونه شده و یک حس تسلط و برتری نسبت به دیگران دارد و معتقد است که به دلیل استعدادها و توانایی های خاصی که دارد، دیگران به او حسادت کرده و قصد آزار و اذیت او را دارند (۲).

در دوران خلق خوش، مخصوصا هایپومانیا حس خوشبختی، شوخی و طمعورزی این بیماران افزایش پیدا می‌کند. فاز هایپومانیا خسارات جبران‌ناپذیری برای زندگی فرد ندارد (۹) و بلکه برعکس گاهی اوقات بودن در این دوره باعث موفقیت فرد در تجارت، رهبری و هنر می‌شود (۲). در بعضی موارد بیماران هایپومانیک ممکن است علائم این دوره را به صورت تحریک‌پذیری و یا حالت دلگرفتگی نشان دهند وعلی رغم اینکه این تحریک‌پذیری و دلگرفتگی باعث مختل شدن عملکرد شغلی و روابط اجتماعی می‌شود، بیمار به غلط تشخیص اختلال شخصیت دریافت کند (۱۰).

تحریک‌پذیری در بین غالب بیماران دوقطبی یک الگوی فراگیر است و اغلب خود را با آشفتگی در سایکوموتور با علائمی همچون (افزایش در گفتار، بیقراری، افزایش در حرکات، فشردن دست‌ها به یکدیگر، ناخن جویدن، بازی با مو و کندن آن و ...) نشان می‌دهد. در مقابل این بیماران ممکن است دچار تاخیر و کندی سایکوموتور بشوند که در این حالت

۱. Bipolar disorder
۲. Mood

رفتارهای خودانگیخته‌ی روانی – حرکتی فرد کم شده و سرعت و شتاب فعالیت‌های بدنی کاهش می‌یابد که این حالت با علائمی مثل (نبود حالت‌های معمول حرکات بدنی در فرد، حالت بدنی افتاده، نگاه رو به پایین، خستگی، عدم تمرکز و تفکر پر تلاش و عدم قطعیت) بروز پیدا می‌کند. این حالات در بیماران مسن گاهی با علائم دمانس اشتباه گرفته می‌شود. در حالی که خستگی و کندی سایکوموتور در ۷۵ درصد بیماران به هنگام تجربه ی فاز افسردگی دیده می‌شود (۱۱).

تشخیص افتراقی اختلال دوقطبی برای متخصصان اغلب دشوار بوده و همراهی بالای این اختلال با سایر اختلالات روانی مثل اختلال وسواس اجباری (۱۲)، اختلالات اضطرابی(۱۳)، فوبی اجتماعی(۱۴)، اختلالات شخصیت(۱۵)، اختلال استرس پس از سانحه (۱۶)، اختلالات خوردن (۱۷)، مشکل سو مصرف مواد و الکل (۱۸) و بیماری‌های جسمی مثل میگرن (۱۹) و سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر(۲۰) این دشواری و پیچیدگی را شدت می‌بخشد.

به طور کل در تشخیص اختلال دوقطبی سه مشکل اساسی وجود دارد. از یک سو، مشکل در تشخیص به‌هنگام و درست اختلالات دوقطبی [مشکل شناسایی]، از سویی مشکل در پایایی تشخیص به ویژه اختلال دوقطبی نوع دو [مشکل پایایی]، و از سوی دیگر مشکل در اصالت اختلال دوقطبی شناسایی‌شده یا در توافق بر تشخیص اختلالات طیف دوقطبی [مشکل روایی] وجود دارد (۲۱).

ابزارهای موجود نیز برای سنجش اختلال دوقطبی یا به سنجش صرفا علائم مانیا و یا هایپومانیای شدید پرداخته و یا اینکه بر اساس ملاک های کلاسیک DSM[۳] (۲۲) طراحی شده و تظاهرات بالینی و رفتاری ظریف و ناشناخته‌ی این اختلال را در نظر نگرفته‌اند. پژوهش حاضر به ساخت و بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه‌ی تشخیص علائم اختلال دوقطبی با تمرکز بر علائم کمتر ذکر شده پرداخته است.

روش کار

شرکت‌کننده‌ها

نمونه شامل ۵۵ بیمار دو قطبی و ۵۳ فرد عادی دارای سابقه‌ی اشتغال بود که موافقت کردند در این مطالعه شرکت کنند. افراد شرکت کننده در مطالعه توسط روانپزشک با مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای کتاب انجمن روانپزشکی امریکا(۲۲) مورد مصاحبه و تشخیص قرار گرفتند. همه شرکت کنندگان حق داشتن یک نام مستعار را داشته و به همه اطمینان داده شد که نتایج، خصوصی خواهد ماند.

جمعیت غیر بالینی شامل ۳۸ (۵۸/۵%) زن و ۲۲ (۴۱/۵%) مرد بودند که میانگین سنی آنها ۴۱/۵۶ سال (۱۰/۰۳= SDبود. بالاترین سن ۶۳ سال و کمترین سن ۲۲ سال بود. پایین ترین سطح تحصیلات نیز مدرک دکتری بیسواد و بالاترین سطح تحصیلات نیز مدرک دکتری بود. یک (۱/۹%) نفر بیسواد، ۱ (۱/۹%) نفر با تحصیلات ابتدایی، ۱ (۱/۹%) نفر با تحصیلات راهنمایی، ۵ (۳/۸%) نفر با دیپلم، ۲ (۳/۸%) نفر با تحصیلات فوق دیپلم، ۷ (۱۳/۲%) نفر لیسانس، ۲۸ (۵۲/۸%) نفر فوق لیسانس، و ۷ (۱۳/۲%) نفر تحصیلات دکترا (هم پزشک و هم دکتری تخصصی) داشتند. ۱۹ (۳۵/۸%) نفر مجرد بودند، ۳۲ (۶۰/۴%) نفر متاهل و ۲ (۳/۸%) نفر طلاق گرفته بودند.

جمعیت مبتلا به اختلال دوقطبی نیز شامل ۲۱ (۳۷/۲%) زن و ۳۴ (۶۱/۸%) مرد بودند که میانگین سنی آنها ۳۷/۴۷ سال (SD= ۸/۵۲) بود. بالاترین سن ۶۹ سال و کمترین سن ۲۲ سال بود. پایین ترین سطح تحصیلات ابتدایی و بالاترین سطح تحصیلات نیز مدرک دکتری بود. دو (۳/۶%) نفر با تحصیلات ابتدایی، ۲ (۳/۶%) نفر با تحصیلات راهنمایی، ۱۷ (۳۰/۹%) نفر با دیپلم، ۴ (۷/۳%) نفر با تحصیلات فوق دیپلم، ۱۸ (۳۲/۷%) نفر لیسانس، ۸ (۱۴/۵%) نفر فوق لیسانس، و ۴ (۷/۳%) نفر تحصیلات دکترا (هم پزشک و هم دکتری تخصصی) داشتند. ۱۷ (۳۰/۹%) نفر مجرد بودند، ۲۹ (۵۲/۷%) نفر متاهل و ۷ (۱۲/۷%) نفر طلاق گرفته و ۲ (۳/۶%) نفر متارکه کرده بودند.

شرکت کنندگان یک فرم حاوی سوالاتی در مورد اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، میزان تحصیلات و همچنین دو پرسشنامه ی تشخیص علایم اختلال دوقطبی و پرسشنامه ی مشکلات شغلی بیماران دوقطبی را پر کردند.

پرسشنامه ی مشکلات شغلی بیماران دوقطبی

پرسشنامه‌ی مشکلات شغلی بیماران دوقطبی یک پرسشنامه‌ی خودسنجی ۸۱ سوالی است که برای سنجش مشکلات شغلی بیماران دوقطبی توسط رستمی، عابدی و نیلفروشان طراحی شده است (۲۳). پاسخ دهندگان باید بر اساس این سوال که "کدام یک از آیتم های زیر را چه در گذشته و چه در زمان حال در محل کار تجربه کرده اید و در مورد شما صدق می کند" با انتخاب دو گزینه‌ی بلی (۱) ویا خیر(۰) به هر گزینه پاسخ دهند. هرچه نمره ی به دست آمده ی شخص در این پرسشنامه بالاتر باشد نشان دهنده‌ی شدت بیش تر مشکل فرد در زمینه‌ی شغلی است. سوالات ۳، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۲۳، ۳۴، ۳۵، ۴۳، ۴۴، ۵۴، ۵۷، ۶۸، ۷۵ ،۸۰ به طور معکوس نمره گذاری می شوند.

این پرسشنامه دارای ۹ زیر مقیاس است شامل: مشکلات ارتباطی (سوالات ۷۹، ۸، ۴۱، ۸۷، ۶۵، ۷۴، ۶۴، ۵۵، ۱۴، ۷۱، ۱۷، ۲۱، ۷۲، ۲، ۳۹، ۶۳، ۴۰، ۴۳، ۳۶، ۵۰)، عملکرد ضعیف کاری (سوالات: ۳۳، ۵، ۸۱، ۷۱، ۹، ۹۲، ۳۲، ۶۳، ۶۱، ۴۶، ۴۴، ۲۰، ۳۱، ۱۶، ۴، ۱۹، ۶۰، ۶۷، ۱۱)، ناامنی (سوالات: ۳۰، ۵۹، ۳۳، ۲۵، ۵۸، ۴۲، ۴۷، ۱، ۳۸، ۷۷، ۱۸، ۳۷، ۷۶، ۲۷، ۱۶)، بزرگ منشی (سوالات: ۶۸، ۲۸، ۱۳، ۲۲، ۵۶، ۵۱)، بی اعتباری (سوالات: ۳، ۷۵، ۷ ، ۲۳، ۳۵، ۵۷)، تغییر طلبی (سوالات: ۱۲، ۲۶، ۵۴)، آسیب پذیری (سوالات: ۴۵، ۲۴، ۱۵، ۸۰)، نداشتن مرز(سوالات: ۷۰، ۶۲)، نداشتن خودکنترلی در ارتباط با جنس مخالف (سوالات: ۴۹، ۶۹).

پایایی پرسشنامه به روش همسانی درونی سنجیده شده و ضریب آلفای

۳. Diagnostic and statistical manual of mental disorders

۰/۸۱ را در جمعیت غیر بالینی (N(=۵۳ و ضریب آلفای ۰/۹۶ را در جمعیت مبتلا به اختلال دوقطبی(N(=۵۵ نشان داد.

فرآیندساخت پرسشنامه‌ی تشخیص علایم اختلال دوقطبی

ساخت سوالات

در مرحله اول، برای اطمینان از اینکه سوالات تولید شده برای (BDSI) بازتابی از علائم واقعی اختلال بیماران دوقطبی است، علائم اختلال بیماران دو قطبی از سه منبع بررسی شد، از جمله مصاحبه با بیماران دوقطبی، بررسی مقالات منتشر شده در مجلات علمی و مصاحبه با روانشناسانی که متخصص در زمینه اختلال دو قطبی بودند.

مصاحبه با بیماران دو قطبی

با استفاده از روش پدیدارشناختی توصیفی از نوع تجربه زیسته، تجربه ها و درک ذهنی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی از علائم اختلال آنها ارزیابی شد. بیماران دو قطبی که در مصاحبه شرکت کردند با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. از بین داوطلبانی که از روانپزشک تشخیص اختلال دو قطبی دریافت کرده بودند و مایل به شرکت در این مطالعه بودند، افراد نمونه انتخاب شدند با تشخیص روانپزشک و مصاحبه بالینی، ۴۸ بیمار که تشخیص اختلال دوقطبی را دریافت کردند انتخاب شدند و مصاحبه ها انجام شد. نمونه گیری و مصاحبه تا زمانی ادامه داشت که در کشف علائم اختلال دوقطبی به اشباع رسیدیم و تکرار اتفاق افتاد.

بررسی مقالات منتشر شده در مجلات علمی

این مطالعه با استفاده روش کیفی سیستمی موس[۴] (۲۴) و با استفاده از مقالات پژوهشی که به علائم اختلال بیماران دو قطبی پرداخته بود، انجام شد. برای این منظور ، جستجوی الکترونیکی از سه پایگاه داده-EM Medline ، BASE و PsychInfo با استفاده از کلمات کلیدی (دو قطبی، افسردگی، هایپومانیا، مانیا، نوسان خلق و روان پریشی عاطفی) انجام شد. سه مجله‌ی American Journal of Psychiatry ، Bipolar Disorder و Journal of Affective Disorders نیز برای جستجوی دستی انتخاب شدند. همه مقالات منتشر شده از ابتدا تا سال ۲۰۱۸ ، که مربوط به این موضوع و کلمات کلیدی بودند، انتخاب شدند. عنوان و چکیده مقالات برای انتخاب مقالات مرتبط بررسی شد.

علاوه بر این منابع مقالات مرتبط برای یافتن سایر مقالات احتمالی مرتبط بررسی شد. مقالات وارد نرم افزار Endnote شده و براساس معیارهای ورود و خروج ارزیابی شدند. برای انتخاب و بررسی متن کامل مقالات مربوطه از معیارهای ورود و خروج استفاده شد. در مرحله اول جستجو، از استراتژی شمول جامع استفاده شد. کلیه چکیده مقالات استخراج شده مورد مطالعه قرار گرفت و از معیارهای از پیش تعیین شده برای بازیابی و استخراج متن کامل مقالات انتخاب شده استفاده شد. در ابتدا ۲۲۰۴ مقاله استخراج شد که از این تعداد ۲۴۱ مقاله پس از غربالگری اولیه باقی ماند. پس از غربالگری ثانویه ، ۵۴ مقاله وجود داشت. در نهایت، ۵۴ مقاله مطابق با معیارهای از پیش تعیین شده انتخاب شدند.

مصاحبه با متخصصان

۱۲ متخصص در زمینه اختلال دوقطبی که حداقل پنج سال کار تحقیقاتی و بالینی انجام داده بودند نیز به طور تصادفی انتخاب و مصاحبه شدند. نمونه گیری و مصاحبه تا زمان اشباع نتایج ادامه داشت.

پس از انجام مصاحبه ها و تجزیه و تحلیل متن مقالات و کدگذاری آنها و ادغام کدهای این سه منبع و یکپارچه سازی آنها با یکدیگر، الگویی از علائم اختلال بیماران دو قطبی بدست آمد. سوالاتی که ابعاد علائم اختلال را در بیماران دو قطبی منعکس می کرد، نوشته شد. پنج متخصص در زمینه اختلال دو قطبی سوالات پرسشنامه ی BDSI را که براساس علائم اختلال به دست آمده نوشته شده بود، برای ارزیابی و تأیید روایی محتوا، بررسی کردند. با توجه به بازخورد این متخصصان، موارد لازم اصلاح شد. پرسشنامه ی نهایی شامل یک پرسشنامه ی خودسنجی ۷۴ سوالی بود که به طور مثبت نمره گذاری شده و با پاسخ بلی (۱) یا خیر (۰) بر اساس جمله ی "کدام یک از موارد زیر را در گذشته یا حال در محل کار تجربه کرده اید، و در مورد شما صدق می کند؟" افراد را مورد سنجش قرار می داد. هرچه نمره ی فرد در این پرسشنامه بالاتر باشد نشان دهنده ی شدت علائم اختلال دوقطبی در فرد می باشد. سوالات ۱۲، ۱۵، ۱۹، ۲۵، ۳۹، ۴۷، ۶۰ به طور معکوس نمره گذاری می شوند.

جمع آوری داده

پس از ساخت BDSI، ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شد. همه شرکت کنندگان از ماهیت مطالعه به طور شفاهی مطلع شدند. از نمونه انتخاب شده توسط روانپزشک، فقط به کسانی که علاقه مند به شرکت در پژوهش بودند، پرسشنامه برای تکمیل داده شد. پس از بازگرداندن پرسشنامه ها توسط شرکت کنندگان، پرسشنامه ها به طور دقیق بررسی می شد تا همه ی سوالات به طور کامل پر شده و گزینه ای بدون پاسخ باقی نماند. به دلیل بی صبری بیمار دو قطبی در پر کردن پرسشنامه، یک مشاور بدون تعصب و تداخل در انتخاب گزینه های پاسخ آنها را همراهی می کرد تا پرسشنامه را پر کنند.

یافته‌ها

به دلیل چک کردن پرسشنامه ها هیچ داده ی از دست رفته ای نداشتیم.

تحلیل عاملی

۷۴ سوال در پرسشنامه ی BDSI با استفاده از نرم افزار SPSS

۴. The Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE)

نسخه ۱۶ (۲۵) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تعیین تعداد و ماهیت سوالات از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد(۲۶). نتیجه نشان داد که همه ی ۷۴ سوال در عامل ها قرار گرفتند. اندازه گیری کفایت حجم نمونه[۵] برابر با ۰/۸۷ بود که نشان دهنده ی سطح مناسبی از تعامل بین سوالات بود.علاوه بر این آزمون کروی بودن بارتلت با عدد (۱/۱۲۰) نشان داد که بین سوالات به طور قابل توجهی همبستگی کافی برای انجام تجزیه و تحلیل عامل وجود دارد (N = ۱۰۸، P <۰/۰۰۰۱، df = ۱۰۸).

بر اساس مقادیر ویژه ی بالاتر از یک، ۷ عامل استخراج شد و این عوامل توانستند ۰/۷۹ از ضریب واریانس را تبیین کنند. تحلیل عاملی، ۷۴ سوال برای پرسشنامه به دست داد که بارهای عاملی هر کدام از سوالات در جدول ۱ نشان داده شده است.

عواملی که از تحلیل عاملی به دست آمدند بر اساس محتوا نام گذاری شدند که شامل موارد زیر هستند:

عامل اول مشکلات ارتباطی شامل ۲۶ سوال است که شامل مشکلاتی در زمینه ی ارتباطات اجتماعی با دیگران به ویژه مشکلاتی مثل بحث و جدل کردن با دیگران، لجبازی، نارضایتی همیشگی از دیگران، تحریک پذیری و قلدری می‌باشد. عامل دوم، رنجوری شامل ۲۸ سوال است که اشاره به رنجش سریع و آسان این بیماران با کوچکترین رویدادی را دارد و شامل علائمی مثل آسیب پذیری و عدم تحمل بحران می شود. عامل سوم، تغییرطلبی شامل ۵ سوال بوده که اشاره به تغییرات مداوم و بی دلیل و هیجان برای تجربه های مختلف بیمار در زمینه های گوناگون، بدون به سرانجام رساندن امور دارد و شامل سوالاتی مربوط به تغییر سبک و روش و تخصص در زمینه های مهم زندگی فرد می شود. عامل چهارم، بی ثباتی شامل ۴ سوال بوده که اشاره به غیر قابل پیش بینی بودن بیمار داشته و شامل سوالاتی است که به نداشتن ثبات در رفتار با دیگران و تجربه ی احساس های متغیر فردی اشاره دارد. عامل پنجم، بیقراری شامل ۴ سوال بوده که به نداشتن آرام و قرار در رفتار فرد و تجربه هول و اضطراب و ناتوانی در آرام گرفتن اشاره دارد و شامل سوالاتی در زمینه ی ناآرامی و تجربه ی تنش و اضطراب می شود. عامل ششم، سرخوشی شامل ۲ سوال بوده که منظور از آن تجربه ی حالت خلق خوش بیمار گونه است و شامل سوالاتی مربوط به تجربه ی حالات شادی و خوشی بیمارگونه می شود. عامل هفتم، مشکل در ادراک مساله شامل ۲ سوال بوده که به عدم توانایی فرد در درک و فهم درست مساله ی پیش آمده و به کارگیری راه حل مقابله ای مناسب اشاره دارد. عامل هشتم، افکار افسرده وار شامل ۲ سوال بوده که به نشخوار افکار با محتوای افسردگی در ذهن فرد اشاره دارد.

تصحیح کل پرسشنامه برای هر فرد نمره ای بین ۰ تا ۷۴ به دست می دهد که میانگین نمرات و انحراف معیار در هر دو نمونه ی غیر بالینی و بیمار دوقطبی به تفکیک در جدول ۲ گزارش شده است.

علاوه بر این آزمون تی مستقل نیز برای سنجش این که آیا هر کدام از سوالات این پرسشنامه می تواند بین نمرات جمعیت غیر بالینی و نمرات افراد مبتلا به اختلال دوقطبی را تمیز دهد، انجام گرفت. انحراف استاندارد و میانگین نمرات هر دو جمعیت در هر سوال به طور جداگانه مورد مقایسه قرار گرفت و فرض برابری میانگین نمرات و انحراف استاندارد هر دو جمعیت رد شد و نتایج حاکی از آن بود که سوالات پرسشنامه ی BDSI می‌تواند در تمیز بین جمعیت عادی از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی موفقیت آمیز عمل کند.

پایایی

پایایی پرسشنامه ی BDSI با استفاده از دو روش همسانی درونی و ثبات زمانی مورد بررسی قرار گرفت.

همسانی درونی

ضریب آلفا برای کل مقیاس BDSI در هر دو نمونه به طور جداگانه محاسبه شد که این ضریب ۰/۹۱ (N = ۵۳، در نمونه دو قطبی) و ۰/۸۳ (N = ۵۳، در نمونه غیر بالینی) بود. با توجه به تعداد کم سوالات در برخی از خرده مقیاس ها و کم بودن حجم نمونه، ضریب همسانی درونی برای خرده مقیاس ها، با افزودن تعداد هر دو نمونه به یکدیگر محاسبه شد (۲۷). در هر دو گروه (N = ۱۰۸) ضریب همسانی درونی برای خرده مقیاس های مشکلات ارتباطی، رنجوری، تغییر طلبی، بی ثباتی، بیقراری، سرخوشی، مشکل در ادراک مساله و افکار افسرده وار به ترتیب: ۰/۹۸، ۰/۹۸، ۰/۸۶، ۰/۹۷، ۰/۸۷، ۰/۵۷، ۰/۵۵، ۰/۵۵ بود.

ثبات زمانی

علاوه بر این ، به منظور بررسی ثبات زمانی پایایی از روش بازآزمایی استفاده شد. ۳۵ شرکت کننده (ترکیبی از هر دو گروه غیر بالینی و گروه مبتلایان به اختلال دو قطبی) به طور تصادفی از بین ۱۰۸ شرکت کننده ای که به عنوان نمونه تحقیق در پژوهش شرکت کرده بودند، انتخاب شدند. آنها پرسشنامه را برای مرتبه ی دوم و هفت هفته بعد از اولین باری که پر کرده بودند ، تکمیل کردند. ضریب همبستگی نمرات کل پرسشنامه بین مرتبه ی اول و مرتبه ی دوم (N = ۰/۹۱، P <۰/۰۰۰) و برای خرده مقیاس های مشکلات ارتباطی، رنجوری، تغییر طلبی، بی ثباتی، بیقراری، سرخوشی، مشکل در ادراک مساله و افکار افسرده وار به ترتیب: ۰/۹۴، ۰/۹۶، ۰/۶۹، ۰/۷۱ ، ۰/۶۳ ، ۰/۷۹ ، ۰/۷۹ ، ۰/۶۸ ، (P <۰/۰۰۰) بود، که ثبات بسیار خوبی از پرسشنامه را نشان می دهد.

روایی

همانطور که درقسمت ساخت سوالات ذکر شد، روایی محتوای

۵. Kaiser- Meyer - Olkin

جدول ۱ .تحلیل عاملی پرسشنامه ی BDSI

مشکلات ارتباطی		رنجوری		تغییر طلبی		بی ثباتی		بیقراری		سرخوشی		مشکل در ادراک مساله		افکار افسرده وار	
سوالات	بار عاملی	سوالات	بار عاملی	سوالات	بار عاملی	سوالات	بار عاملی	سوالات	بار عاملی	سوالات	بار عاملی	سوالات	بار عاملی	سوالات	بار عاملی
۵	۰/۸۲	۴۰	۰/۷۷	۱۲	۰/۷۲	۵۸	۰/۹۵	۴۱	۰/۷۰	۳۱	۰/۸۱	۴۷	۰/۷۶	۵۱	۰/۵۸
۶۹	۰/۸۰	۳۸	۰/۷۴	۳۹	۰/۶۹	۵۷	۰/۹۴	۱۸	۰/۵۹	۴	۰/۵۲	۱۳	۰/۶۱	۲۸	۰/۵۲
۶۵	۰/۷۹	۲۱	۰/۷۴	۱۹	۰/۶۶	۵۶	۰/۹۴	۴۲	۰/۵۸						
۵۲	۰/۷۹	۶۷	۰/۷۲	۲۰	۰/۵۸	۵۹	۰/۹۳	۲۵	۰/۵۲						
۲۷	۰/۷۷	۵۰	۰/۷۲	۱۶	۰/۵۴										
۶۶	۰/۷۶	۱۱	۰/۷۱												
۷۴	۰/۷۴	۵۴	۰/۷۰												
۵۵	۰/۷۴	۵۳	۰/۷۰												
۳۰	۰/۷۴	۴۶	۰/۶۹												
۲۲	۰/۷۳	۱۴	۰/۶۷												
۲	۰/۷۰	۷۱	۰/۶۷												
۱۰	۰/۷۰	۶۸	۰/۶۵												
۶۳	۰/۶۷	۴۳	۰/۶۴												
۱۷	۰/۶۴	۳۶	۰/۶۴												
۴۴	۰/۶۴	۲۶	۰/۶۳												
۸	۰/۶۳	۶۱	۰/۶۳												
۳۴	۰/۶۳	۷۲	۰/۶۳												
۶۰	۰/۵۹	۳	۰/۶۲												
۲۳	۰/۵۸	۴۵	۰/۶۱												
۷	۰/۵۷	۱	۰/۶۰												
۲۹	۰/۵۶	۶	۰/۶۰												
۳۵	۰/۵۵	۷۰	۰/۵۹												
۱۵	۰/۵۲	۷۳	۰/۵۸												
۴۹	۰/۵۱	۹	۰/۵۵												
۶۴	۰/۵۱	۲۴	۰/۵۴												
۳۳	۰/۴۵	۳۲	۰/۵۰												
		۶۲	۰/۴۹												
		۳۷	۰/۴۴												

جدول ۲. میانگین نمرات و انحراف استاندارد پرسشنامه ی BDSI و خرده مقیاس های آن

نمونه	میانگین و انحراف استاندارد/ مقیاس و خرده مقیاس ها	نمره کل پرسشنامه ی تشخیص علایم اختلال دوقطبی	مشکلات ارتباطی	رنجوری	تغییرطلبی	بی ثباتی	بیقراری	سرخوشی	مشکل در ادراک مساله	افکار افسرده وار
گروه غیر بالینی N = ۵۳	میانگین	۱۰/۳۵	۱/۸۱	۳/۹۴	۰/۶۹	۱/۳۰	۱/۳۰	۰/۳۹	۰/۶۹	۰/۶۰
	انحراف استاندارد	۸/۶۶	۱/۸۹	۴/۱۴	۰/۷۷	۴/۹۲	۱/۳۵	۰/۶۶	۰/۶۹	۱/۳۳
گروه افراد با اختلال دوقطبی N = ۵۵	میانگین	۴۷/۶۳	۲۲/۰۷	۲۶/۵۴	۳/۶۷	۳/۸۷	۳/۸۳	۱/۰۱	۱/۳۶	۱/۳۴

پرسشنامه توسط پنج روانشناس متخصص در زمینه اختلال دوقطبی بررسی و تأیید شد. روایی همگرا نیز با برآورد ضریب همبستگی بین CPI-BD و خرده مقیاس‌های آن و پرسشنامه ی تشخیص علایم اختلال دوقطبی بررسی شد (۲۳). همبستگی نمره ی کل پرسشنامه‌ی مشکلات شغلی بیماران دوقطبی با پرسشنامه ی تشخیص علایم اختلال دوقطبی در نمونه ی غیر بالینی و نمونه ی دو قطبی به ترتیب ($N = ۵۳ ،P < ۰/۰۱ ،r = ۶۶$) و ($N = ۵۳ ،P < ۰/۰۱ ،r = ۶۶$) می‌باشد. به منظور بررسی، روایی سازه، همبستگی هر سوال پرسشنامه‌ی علائم اختلال دوقطبی با نمره کل پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. تمامی سوالات با نمره کل پرسشنامه در هر دو نمونه ی شرکت کننده ارتباط معنی داری داشتند و نشان دهنده اعتبار سازه قابل قبول و معتبر پرسشنامه بود (جدول ۳).

بحث

پرسشنامه علائم اختلال بیماران دوقطبی برای سنجش کیفیت علائم اختلال در بیماران دو قطبی ایجاد شده است. برای ساخت این پرسشنامه، بر اساس علائم غالب گزارش شده توسط بیماران دوقطبی و متخصصان این حیطه که با آن ها مصاحبه صورت گرفت و تحقیقات قبلی که علائم اختلال بیماران دو قطبی را گزارش کرده بودند، سوالات طراحی شد. تحلیل عاملی منجر به استخراج

جدول ۳. همبستگی بین پرسشنامه ی مشکلات شغلی بیماران دوقطبی و پرسشنامه ی تشخیص علایم اختلال دوقطبی و خرده مقیاس های آن

نمونه	مقیاس و خرده مقیاس ها	CPI-BD	BDSI	مشکلات ارتباطی	رنجوری	تغییرطلبی	بی ثباتی	بیقراری	سرخوشی	مشکل در ادراک مساله
گروه غیر بالینی N=۵۳	BDSI	۰/۶۶**								
	مشکلات ارتباطی	۰/۶۵**	۰/۵۲**							
	رنجوری	۰/۵۹**	۰/۷۶**	۰/۴۴**						
	تغییرطلبی	-۰/۰۵	۰/۰۸	۰/۱۳	-۰/۰۲					
	بی ثباتی	۰/۲۵	۰/۶۸	۰/۰۰۸	۰/۱۸	۰/۰۷				
	بیقراری	۰/۳۲*	۰/۴۰**	۰/۳۸**	۰/۲۰	-۰/۱۱	۰/۱۰			
	سرخوشی	۰/۲۴	۰/۳۴*	۰/۲۱	۰/۳۹**	-۰/۱۳	۰/۰۰۴	۰/۰۱		
	مشکل در ادراک مساله	۰/۳۸**	۰/۴۱**	۰/۱۱	۰/۲۶	-۰/۴۵	۰/۳۰*	۰/۲۰	۰/۴۷**	
	افکار افسرده وار	۰/۳۹**	۰/۷۶**	۰/۱۱	۰/۳۹**	۰/۰۸	۰/۹۱**	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۲۲
گروه افراد با اختلال دوقطبی N=۵۵	BDSI	۰/۸۲**								
	مشکلات ارتباطی	۰/۹۰**	۰/۷۰**							
	رنجوری	۰/۷۳**	۰/۷۵**	۰/۵۵**						
	تغییرطلبی	۰/۴۲**	۰/۴۳**	۰/۱۷	۰/۲۳					
	بی ثباتی	۰/۶۱**	۰/۵۴**	۰/۴۷**	۰/۳۵**	۰/۳۸**				
	بیقراری	۰/۶۰**	۰/۳۶**	۰/۲۰	۰/۴۶**	۰/۳۰*	۰/۰۹			
	سرخوشی	-۰/۱۳	۰/۰۰۴	۰/۱۵	-۰/۰۸	۰/۰۰۵	-۰/۰۵	-۰/۰۴		
	مشکل در ادراک مساله	۰/۲۸*	۰/۴۳**	۰/۲۷**	۰/۲۹*	۰/۳۵**	۰/۲۵	-۰/۱۱	۰/۱۲	
	افکار افسرده وار	۰/۱۲	۰/۲۷*	۰/۱۴	۰/۱۷	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۰۷	۰/۳۲*	۰/۰۹

**p<0.01 *p<0.05

۷۴ سوال با هشت خرده مقیاس شد که شامل: مشکلات ارتباطی، رنجوری، تغییر طلبی، بی‌ثباتی، بیقراری، سرخوشی، مشکل در ادراک مساله و افکار افسرده وار بودند.

ابعاد پرسشنامه ی تشخیص علایم اختلال دوقطبی

مشکلات ارتباطی یکی از مهم ترین و بارزترین علامت های افراد مبتلا به اختلال دوقطبی است که این خرده مقیاس در پرسشنامه ی حاضر شامل مشکلاتی چون ناآرامی بیماران دوقطبی در ارتباطات، قلدری و عدم فرمانبری از دیگران، لجبازی و تحریک پذیری و عصبانیت های تند و تیز بوده و ضمن آن از شروع بحث و جدل توسط بیماران دوقطبی در ارتباطات حکایت دارد.

خرده مقیاس مشکلات ارتباطی با تحقیقات پیشین نیز همسو است. بیماران دوقطبی بیش از دیگر افراد با والدین خود دچار تعارض می شوند (۲۸) و به نوعی مبتلا به ناسازگاری اجتماعی هستند و در رابطه ی این افراد با خانواده و اجتماع اغلب از جانب دیگران، نارضایتی مشاهده می شود (۲۹). بیماران دوقطبی زمانی که در فاز شیدایی و سرخوشی قرار می گیرند رفتارهایی شبیه افراد خودشیفته از خود نشان می دهند و شروع به قلدری و تحکم بر دیگران می نمایند (۳۰).

در واقع ارتباط، یک ابزار حیاتی مهم است که وقتی عاطفه در فرد بیمار از حالت طبیعی فاصله می گیرد از بین می رود چراکه یک ارتباط موثر نیازمند دریافت سیگنال های هیجانی از طرف مقابل است. در حالت افسردگی و یا مانیا دریافت این سیگنال ها یا به شدت آسیب می بیند و یا تحریف می شود و حتی در حالت هایپومانیا نیز توانایی پردازش عکس العمل های طرف مقابل کاهش می یابد. این امر منجر به کاهش آگاهی از هیجانات خود و طرف مقابل شده و موجبات فرسودگی یا گسستگی اجتماعی را فراهم می آورد. ضمن آن که در دوران هایپومانیا نیز عجله و شتاب و سطح بالای توقعات بیمار در ارتباط و ناتوانی دیگران در همراهی با شتاب بیمار و برآوردن توقعات نامعقول او ارتباطات اجتماعی بیمار را آشفته تر و ناکارآمد تر می کند و تنها ماندن بیمار با افزایش نشخوارهای فکری او رنجوری اش را افزایش می دهد (۳۱).

رنجوری نیز چهره ها و علامت های متعددی دارد و حتی می تواند از یک فرد به فرد دیگر با حالات و علائم متفاوتی بروز کرده و خود را با تروشرویی، بدخلقی، به سرعت ناراحت و ناامید شدن، عصبانیت، پرخاشگری و تعصب و لجبازی و خیره سری نشان دهد (۳۲). همسو با خرده مقیاس رنجوری تحقیقات پیشین نیز بر این باورند که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نسبت به سایرین در عکس العمل نسبت به محرک ها حساس تر بوده (۳۳) و تعبیر و تفسیرشان از موقعیت ها و رویدادها به نوعی با بزرگنمایی و اغراق و بدبینی همراه است و به همین دلیل اسباب زودرنجی آنها را فراهم می سازد. بیمار به علت عدم بینش نسبت به نوع نگرش روان نژندانه ای که در پی گرفته است، مشکل را از دیگران و شرایط می داند که اسباب ناراحتی او را فراهم آورده است و به همین دلیل به جای تصمیم به تغییر دیدگاه خود، به اشتباه به فکر تغییر افراد و شرایط اطراف خود می پردازد که همین تغییر طلبی، باعث شدت بخشی به رنجوری و حساسیت بیمار می شود (۳۴).

خرده مقیاس تغییرطلبی نیز به عدم وفاداری و تعهد بیمار به یک گزینه اشاره دارد و به این معناست که بیمار دوقطبی تمایل به امتحان و انتخاب گزینه‌های مختلف و متنوع را داشته و آن ها را یکی پس از دیگری قبل از اتمام تعهداتش نسبت به آن ها نیمه کاره به حال خود رها می‌کند. بیماران دوقطبی اغلب از نظر هیجانی و نه منطقی به محرک‌های موقعیتی واکنش نشان می دهند و دارای توانایی ضعیف در تنظیم هیجاناتشان بوده و از نظر روانشناختی ظرفیت پایینی را برای تنظیم هیجانی دارند (۳۵). به دلیل همین هیجان طلبی این بیماران زمانی که هیجان امتحان یک گزینه برای شان به پایان رسید، بدون به سرانجام رساندن آن و صرف نظر از تعهداتی که دارند به سراغ امتحان گزینه ی جدیدی رفته و پیامدها و عواقب ناخوشایند آن را در نظر نمی گیرند. ناتوانی از در نظر گرفتن عواقب منطقی این امر موجبات تشدید بی ثباتی عاطفی این بیماران را فراهم می آورد.

خرده مقیاس بی ثباتی نیز اشاره به گرایش به تجربه‌ی تغییرات خلقی در طول زمان را دارد که این تغییرات متناوب (به شدت متغیر یا تغییر لحظه به لحظه) و فراوان (شدید یا خیلی شدید) بوده و به سرعت از حالت مثبت یا خنثی به تجربه ی عواطف منفی شدید تغییر حالت پیدا می کند (۳۶). این بی ثباتی اغلب در حالت اضطراب و افسردگی شدت پیدا می کند (۳۷) و با داشتن تاریخچه ی خانوادگی از ابتلا به مانیا یا افسردگی مرتبط است (۳۶). با توجه به آن که ناحیه ی لوب فرونتال این بیماران به هنگام ارزیابی مجدد هیجانات منفی ناکارآمد است (۳۷) بیمار نمی تواند هیجانات منفی خود را مدیریت کرده و اغراق و بزرگنمایی بیمار از هیجانات درونی که تجربه می کند، سبب شدت بخشی به هیجنات منفی او شده و موجبات ناآرامی و بیقراری هرچه بیش تر او را فراهم می آورد.

خرده مقیاس بیقراری به ناتوانی در آرام و قرارگرفتن در یک موقعیت و احساس تنش، اضطراب و ناآرامی اشاره دارد که باعث می شود تا بیمار به علت فرار از این حس و حالت ناخوشایند به تغییر موقعیت‌ها و گزینه‌های انتخابی و یا مدام در حرکت و فعالیت بیش از حد بودن روی بیاورد. در حالت بیقراری بیمار ناتوان از ماندن برای مدت طولانی در یک موقعیت بوده و دائماً به تغییر، مخصوصا مکانی و جغرافیایی موقعیتش می اندیشد دریغ از آن که در موقعیت و گزینه ی جدید نیز نمی تواند برای مدتی طولانی بماند و از آن نیز فرار خواهد کرد. حالت بیقراری به خصوص در شروع بیماری دوقطبی و یا عود دوره های بیماری خود را نشان می دهد (۳۹).

این بیقراری گاهی خودرا به شکل اختلالات اضطرابی مثل اضطراب منتشر، اضطراب جدایی و یا اختلال وسواس اجبار و ... نشان می دهد (۳۹). شواهد نشان می دهد که بیماران دوقطبی بیقراری و ناآرامی عمیقی را تجربه می کنند تا آنجا که نیمی از افراد مبتلا به این اختلال در طول عمر خود حداقل یک بار اختلالات اضطرابی را تجربه می کنند و یک سوم از این بیماران به طور همیشگی و در هر نقطه از زندگی خود مدام با تنش و اضطراب دست و پنجه نرم می کنند (۴۰). بیقراری و اضطراب تا آن جا بیمار را تحت فشار قرار می دهد که باعث تشدید علائم افسردگی شده و تمایل به خودکشی را در این بیماران افزایش می دهد (۴۱).

پژوهش ها نشان می دهد که وجود علائم سرخوشی در فرد احتمال بیش تری از ریسک ابتلا به اختلالات اضطرابی را به همراه دارد (۴۲). سرخوشی با علائمی مثل تجربیات ناگهانی خاص عرفانی بدون داشتن پیش زمینه و یا سیر مطالعاتی و شخصیتی در آن زمینه، کاهش نیاز به خواب و داشتن انرژی بی پایان، میل و انگیزه ی بی حد و حصر به موفقیت، تکلم سریع و پرحرفی، شوخ طبعی و شوخی‌های فراوان و ... توصیف می شود (۴۳).

در واقع خرده مقیاس سرخوشی به تجربه ی خلق افزایش یافته‌ی غیرطبیعی و فراتر از حد طبیعی اشاره دارد. اگر چه علائم ممکن است در ابتدا تقریباً نامحسوس باشند، به تدریج بیشتر، شدیدتر، ناخوشایندتر، و به طرز غیرقابل تردیدی بیمارگونه‌تر می‌شوند (۴۴) و این احساس خوشبختی و اعتماد به نفس بالا رفته و گسترش می یابد و به تدریج به سرخوشی تبدیل می شود تا جایی که بیمار دنیا و افراد در آن را سرشار از لذت و امید و خوش بینی و فارغ از هرگونه بدی و تلخی و نقص می‌بیند. این تجربه ی سرخوشی تا جایی به بیمار لذت می دهد که آن را به عنوان یک علامت از بیماری نگاه نکرده و از داشتن چنین حالاتی بسیار خوشحال و راضی است (۴۵). این احساس نعمت و آسایش و وفور در بیمارباعث می شود تا بیمار به سمت عیاشی، هرزگی جنسی، افراط در مصرف الکل و دیگر مواد مخدر سرخوش کننده کشیده شده (۴۶) و ادراک صحیح از مسائل واقعی را از دست بدهد (۴۷).

خرده مقیاس مشکل در ادراک مساله به این معنی است که در فرآیند بیماری، ادراک بیمار از واقعیت همراه با سوگیری و تعصبات مغرضانه و تحریفات شناختی می شود و باعث می شود تا از مسائلی که دیگران از آن برداشت نرمالی دارند، سوء تعبیر شناختی کرده و به طور واقعی به آنها ننگرد (۴۸).

پژوهش‌ها نشان می دهد که این اختلال شناختی می تواند به عنوان یک صفت مستعد کننده برای بروز و تشدید اختلال دو قطبی باشد که قبل از شروع بیماری در فرد وجود داشته و با پیشرفت بیماری بدتر می شود.(۴۹). اگرچه گفته شده است که این تحریفات شناختی بر عملکرد اجتماعی فرد تأثیر منفی گذاشته و تا حدی عامل میزان پایین بهبود عملکرد بین دوره ای بیمار است که درتعداد زیادی از بیماران دوقطبی دیده می شود (۵۰) پردازش نابجا و خطای شناختی بیماران دو قطبی را می توان به عنوان یک صفت در نظر گرفت که احتمالاً منعکس کننده یک عامل خطر برای عود افسردگی در اختلال دو قطبی است (۴۸). مشکل در ادراک مساله و نقص در عملکرد شناختی علاوه بر تخریب عملکرد اجرایی بیمار طول دوره ی ابتلا به بیماری را افزایش داده و همچنین باعث تشدید علائم حاشیه ای مرتبط با افسردگی می شود (۵۱).

خرده مقیاس افکار افسرده وار نیز مجموعه ای از نشخوارهای ذهنی، افکار اتوماتیک منفی و نگرشهای ناکارآمد می باشد، که مجموعه ای از باورهای کلی با سوگیری منفی در مورد خود ، جهان و آینده است، مثل افکار خودکشی و مرگ (۵۲). پژوهش ها نشان می دهند که نشخوار فکری می تواند روحیه ی افسرده ی بیماران دوقطبی را حفظ یا حتی بدتر کند (۵۳، ۵۴)، علاوه بر این، تمایل به نشخوار کردن احتمال بروز و ابتلا به افسردگی عمده را پس از یک عامل استرس زا پیش بینی می کند (۵۵). ضمن آن که همین افکار افسرده وار نیز می تواند از تجربه ی افسردگی فرد مبتلا به اختلال دوقطبی حکایت داشته باشد (۵۶). با این وجود مطالعات پدیدارشناسی در زمینه ی نشخوار فکری و افکار افسرده وار نشان می دهد که این یک پدیده تکراری و مداوم است که متوقف کردن آن امری سخت و دشوار است (۵۷) و افراد مبتلا به اختلال دوقطبی مبتلا به افسردگی تمایل بیشتری را برای پرداختن به این افکار نشان می دهند(۵۸).

با توجه به نقش افکار افسرده وار در تداوم روحیه منفی ، این سوال مطرح می شود که چرا بیماران دوقطبی نشخوار می کنند؟ پژوهش‌ها نشان می دهند که نشخوار فکری یک استراتژی مقابله ای است. در واقع بیماران دوقطبی مزایایی را در نشخوار کردن می بینند که ترجیح می دهند به آن بپردازند. مزایای ذکر شده توسط بیماران شامل درک بهتر افسردگی و دلایل افسردگی آنها و احساس کنترل بر علائم و حل مشکلات آنها بوده است (۵۹) .

در مجموع با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش سوالات پرسشنامه ی BDSI منعکس کننده علائمی است که به طور غالب و مشترک توسط بیماران دوقطبی و متخصصان مصاحبه شده و تحقیقات قبلی گزارش شده و پژوهش های دیگر در این زمینه نیز آنها را تایید کرده اند.

ویژگی‌های روانسنجی

به منظور تعیین روایی و پایایی پرسشنامه ی BDSI ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت.

پایایی پرسشنامه به روش همسانی درونی و بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ در بین نمونه ی مبتلا به اختلال دوقطبی و نمونه ی غیر بالینی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۳ بود و ضریب

بازآزمایی در هر دو گروه (r = ۰/۹۱، P <۰/۰۰۰) بود که نشان از پایایی مطلوب این ابزار داشت.

روایی محتوا، همگرا و سازه ی پرسشنامه نیز مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی روایی محتوا، پرسشنامه در اختیار پنج روانشناس که در زمینه ی اختلال دوقطبی متخصص بودند، قرار گرفت. نظر متخصصان بر این بود که بیش تر علائم مرتبط با اختلال دوقطبی در این پرسشنامه قرار گرفته و این پرسشنامه علائم ظریف بیماران دوقطبی را به طور دقیق که اغلب توسط پرسشنامه های پیشین گزارش نشده، منعکس کرده است و نهایتاً پس از بررسی های لازم روایی محتوای پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت. علاوه بر این همبستگی مثبت و معنادار پرسشنامه BDSI و خرده مقیاس هایش با پرسشنامه ی مشکلات شغلی بیماران دوقطبی نشان از روایی همگرای بالای این ابزار داشت.

روایی سازه‌ی پرسشنامه نیز با استفاده از همبستگی هر سوال با نمره ی کل پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. ضریب بالای همبستگی نشان از مقبولیت روایی پرسشنامه داشت.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه کمبود سایر ابزارهای مشابه برای سنجش علائم بیماران دو قطبی و مقایسه ویژگی روان سنجی BDSI با سایر مطالعات بود. مطالعه ای برای سنجش اختلال دوقطبی از پرسشنامه‌ی اختلال شخصیت میلون[۶] استفاده کرده است و پیشنهاد به ساخت ابزارهای تخصصی جهت تشخیص صحیح اختلال دوقطبی برای کاهش رنج این بیماران از این اختلال را دارد (۶۰). پژوهش دیگری نیز برای سنجش افسردگی بیماران دوقطبی از پرسشنامه ی شناسایی سریع علائم افسردگی[۷] استفاده کرده و بر این باور است که این پرسشنامه برای سنجش افسردگی بیماران دوقطبی مناسب است (۶۱) هرچند نقص این ابزار این است که قادر به سنجش تشخیص اختلال دوقطبی به طور کامل نیست. همچنین پرسشنامه ی کمبریج –پروجیا[۸] نیز برای سنجش اختلال دوقطبی طراحی شده است اما نحوه ی اجرای آن به صورت کاغذ- مدادی نبوده و یک متخصص باید سوالات را از طریق مصاحبه از فرد پرسیده و پاسخ ها را با دانش شخصی خود تعبیر و تفسیر کند (۶۲). در واقع هم امکان خودسنجی برای افراد از طریق این پرسشنامه وجود ندارد و هم امکان تعبیر و تفسیرهای سوگیرانه و جانبدارانه از سمت متخصص مصاحبه کننده وجود دارد.

پرسشنامه ی دیگری نیز به منظور سنجش علائم اختلال دوقطبی ساخته شده که به طور کل دارای دو خرده مقیاس سنجش افسردگی و مانیا می باشد و تفاوت آن با پرسشنامه‌ی BDSI در این است که اگرچه هر دو دارای زمینه های تقریبا مشترک در سنجش علائم اختلال دوقطبی هستند ولی پرسشنامه‌ی BDSI بیشتر به سنجش علائم مهمی پرداخته است که در تحقیقات پیشین به آنها چندان اشاره نشده و نسبت به انها شناخت چندانی وجود ندارد. با این حال هر دو پرسشنامه از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار هستند (۶۳). پرسشنامه‌ی MDQ[۹] (۶۴) نیز که به وفور استفاده می شود صرفا قادر به تشخیص حالت های حاد اختلال دوقطبی (مانیا و هایپومانیا) بوده و در تشخیص اختلال سیکلوتایمیک و دیگر انواع اختلال دوقطبی ناتوان است در حالی که پرسشنامه‌ی BDSI قادر به تشخیص انواع طیف اختلال دوقطبی است.

از جمله محدودیت های دیگر پژوهش در دسترس نبودن و همکاری نکردن افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بود که نمونه گیری و انجام پژوهش را با سختی مواجه ساخت. به همین منظور توصیه می شود تا این پژوهش با نمونه ی بیشتری در بین دیگر جمعیت ها صورت گیرد.

نتیجه گیری

این مطالعه شواهدی از روایی و پایایی پرسشنامه ی تشخیص علایم اختلال دوقطبی برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را ارائه می دهد. این ابزار می تواند به عنوان ابزاری روا و پایا در سنجش علائم اختلال بیماران دو قطبی مورد استفاده قرار گیرد و تحقیقات آینده نیز می توانند ویژگی های روان سنجی آن را در سایر کشورها بررسی کنند.

تشکر و قدردانی

نگارندگان برخود لازم می‌دانند که از تمامی افرادشرکت‌کننده در مطالعه که به پژوهشگران در جمع‌آوری یافته‌های پژوهش کمک نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

بدینوسیله نویسندگان تصریح مینمایند که هیچگونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

۶. Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI)
۷. Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-C16)
۸. Cambridge-Perugia Inventory for assessment of Bipolar Disorder
۹. Mood Disorder Questionnaire

منابع

1. Goodwin GM. Bipolar disorder. Medicine. 2020, In Press.

2. Mondimore FM. Bipolar disorder: A guide for patients and families. JHU Press; 2014.

3. Miklowitz DJ, Johnson SL. Bipolar disorder. John Wiley & Sons Inc; 2008.

4. Müller-Oerlinghausen B, Berghöfer A, Bauer M. Bipolar disorder. Lancet 2002;359(9302):241-7.

5. Kawa I, Carter JD, Joyce PR, Doughty CJ, Frampton CM, Wells JE, et al. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. Bipolar Disord 2005;7(2):119-25.

6. Kazemi A, Araghi PA. Correlation between errors committed by patients with bipolar disorder in Bender-Gestalt test and their pessimism and guilty conscience. Journal of the Neurological Sciences 2013;333:e675.

7. Black DW, Winokur G, Nasrallah A. Mortality in patients with primary unipolar depression, secondary unipolar depression, and bipolar affective disorder: a comparison with general population mortality. The International Journal of Psychiatry in Medicine 1988;17(4):351-60.

8. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression. Oxford University Press; 2007.

9. Benazzi F. Is overactivity the core feature of hypomania in bipolar II disorder? Psychopathology 2007;40(1):54-60.

10. Jensen PS, Youngstrom EA, Steiner H, Findling RL, Meyer RE, Malone RP, et al. Consensus report on impulsive aggression as a symptom across diagnostic categories in child psychiatry: implications for medication studies. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2007;46(3):309-22.

11. Carlson GA, Strober M. Manic-depressive illness in early adolescence. A study of clinical and diagnostic characteristics in six cases. J Am Acad Child Psychiatry 1978;17(1):138-53.

12. Rais TB. The Clinical Association between OCD, Trichotillomania and Bipolar Disorder–a case report and review of literature.

13. Rakofsky JJ, Dunlop BW. Treating nonspecific anxiety and anxiety disorders in patients with bipolar disorder: a review. J Clin Psychiatry 2011;72(1):81-90.

14. Zeyu J, Guodong M, Qinghuang H. The comorbidity study of bipolar disorder and social phobia on neuropsychological tests. Guangzhou Medical Journal 2011(1):3.

15. Bayes AJ, Parker GB. Differentiating borderline personality disorder (BPD) from bipolar disorder: diagnostic efficiency of DSM BPD criteria. Acta Psychiatr Scand 2020;141(2):142-148.

16. Señga MM, Sarapuddin G, Saniel E. A Case Report on an Atypical Presentation of the Syndrome of Irreversible Lithium-Effectuated Neurotoxicity (SILENT) in a War Veteran with Bipolar Disorder and PTSD. Case Rep Psychiatry 2020;2020:5369297.

17. McAulay CE. Eating Disorder Features in Bipolar Disorder: Course, Psychological Correlates, and Relationship with Quality of Life.2020.

18. Gupta JK. Bipolar Disorder: A Major Setback in Substance Abuse. Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology 2020;14(3):844-8.

19. Shanley A. A case of bipolar disorder, premorbid traumatic brain injury, and comorbid migraine headaches. Consultant 2020;60(8):22-3.

20. Brogan K. Remote Healing of Bipolar Disorder, Eating Disorder Not Otherwise Specified, Posttraumatic Stress Disorder, Fibromyalgia, and Irritable Bowel Syndrome Through Lifestyle Change. Adv Mind Body Med 2017;31(4):4-9.

21. Shabani A. Weakness of the descriptive approach in diagnosing bipolar disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Psychology 2009; 15(2): 95-8.

22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.

23. Rostami Z, Abedi MR, Nilforooshan P. Development and psychometric investigation of career problems inventory for bipolar disorder patients. Under review.

24. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, Moher D, Becker BJ, Sipe TA, Thacker SB. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. JAMA 2000;283(15):2008-12.

25. SPSS, I. SPSS 16 for Mac OS X. 2002.

26. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics, Allyn and Bacon, Boston, MA. Using Multivariate Statistics, 4th ed. Allyn and Bacon, Boston, MA. 2001.

27. Imamura K, Kawakami N, Naganuma Y, Igarashi Y. Development of screening inventories for bipolar disorder at workplace: a diagnostic accuracy study. J Affect Disord 2015;178:32-8.

28. Robertson HA, Kutcher SP, Bird D, Grasswick L. Impact of early onset bipolar disorder on family functioning: adolescents' perceptions of family dynamics, communication, and problems. J Affect Disord 2001;66(1):25-37.

29. Salazar JA, Gallego LF, Jaramillo DC, Andrea RA. Relationship Between Indicators of Social Adjustment Problems and a Possible Bipolar Affective Disorder (Bad) in Female-Headed Households in a Situation of Forced Displacement in the City of Armenia in 2010. Revista Científica Electrónica de Ciencias Humanas 2011; 18 (7): 58-81

30. Stormberg D, Ronningstam E, Gunderson J, Tohen M. Brief communication: pathological narcissism in bipolar disorder patients. J Pers Disord 1998;12(2):179-85.

31. Haverkampf CJ. Communication-Focused Therapy (CFT) for Bipolar Disorder. J Psychiatry Psychotherapy Communication 2017;6(4):125-9.

32. Leibenluft E, Blair RJ, Charney DS, Pine DS. Irritability in pediatric mania and other childhood psychopathology. Ann N Y Acad Sci 2003;1008:201-18.

33. Miller JD, Pilkonis PA. Neuroticism and affective instability: the same or different? Am J Psychiatry 2006;163(5):839-45.

34. Rich BA, Leibenluft E. Irritability in pediatric mania. Clinical Neuropsychiatry 2006;3(3):205-18.

35. Thompson RJ, Dizén M, Berenbaum H. The Unique Relations between Emotional Awareness and Facets of Affective Instability. J Res Pers 2009;43(5):875-879.

36. Berenbaum H, Bredemeier K, Boden MT, Thompson RJ, Milanak M. Affective instability, family history of mood disorders, and neurodevelopmental disturbance. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment 2011;2(3):220.

37. Thompson RJ, Mata J, Jaeggi SM, Buschkuehl M, Jonides J, Gotlib IH. The everyday emotional experience of adults with major depressive disorder: Examining emotional instability, inertia, and reactivity. J Abnorm Psychol 2012;121(4):819-29.

38. Schulze L, Domes G, Krüger A, Berger C, Fleischer M, Prehn K, et al. Neuronal correlates of cognitive reappraisal in borderline

patients with affective instability. Biol Psychiatry 2011;69(6):564-73.

39. Yapıcı Eser H, Taşkıran AS, Ertınmaz B, Mutluer T, Kılıç Ö, Özcan Morey A, et al. Anxiety disorders comorbidity in pediatric bipolar disorder: a meta-analysis and meta-regression study. Acta Psychiatr Scand 2020;141(4):327-339.

40. Spoorthy MS, Chakrabarti S, Grover S. Comorbidity of bipolar and anxiety disorders: An overview of trends in research. World J Psychiatry 2019;9(1):7-29.

41. O'Garro-Moore JK. An Etiological Understanding of Bipolar Disorder-Anxiety Disorder Comorbidity: The Role of Anxiety Sensitivity and Trait Anxiety (Doctoral dissertation, Temple University. Libraries).

42. Burke SL, Maramaldi P, Cadet T, Kukull W. Neuropsychiatric symptoms and Apolipoprotein E: Associations with eventual Alzheimer's disease development. Arch Gerontol Geriatr 2016;65:231-8.

43. Barraclough P. Living With Bipolar Disorder-A Guide for Individuals and Families. Nursing Standard (through 2013) 2012;26(28):31.

44. Fountoulakis KN. Bipolar disorder: an evidence-based guide to manic depression. Springer; 2014.

45. Lehmann SW, Forester BP, editors. Bipolar disorder in older age patients. Springer International Publishing; 2017.

46. Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. Bipolar Disord 2001;3(4):181-8.

47. Hansen CF, Torgalsbøen AK, Røssberg JI, Romm KL, Andreassen OA, Bell MD, et al. Object relations, reality testing, and social withdrawal in schizophrenia and bipolar disorder. J Nerv Ment Dis 2013;201(3):222-5.

48. Kopf J, Volkert J, Heidler S, Dresler T, Kittel-Schneider S, Gessner A, et al. Electrophysiological evidence of a typical cognitive distortion in bipolar disorder. Cortex 2015;66:103-14.

49. Robinson LJ, Ferrier IN. Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: a systematic review of cross-sectional evidence. Bipolar Disord 2006;8(2):103-16.

50. Zarate CA Jr, Tohen M, Land M, Cavanagh S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. Psychiatr Q 2000;71(4):309-29.

51. Torrent C, Martinez-Arán A, del Mar Bonnin C, Reinares M, Daban C, Solé B, et al. Long-term outcome of cognitive impairment in bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2012;73(7):e899-905.

52. Ghaznavi S, Deckersbach T. Rumination in bipolar disorder: evidence for an unquiet mind. Biol Mood Anxiety Disord 2012;2:2.

53. Johnson SL, McKenzie G, McMurrich S. Ruminative Responses to Negative and Positive Affect Among Students Diagnosed with Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder. Cognit Ther Res 2008;32(5):702-713.

54. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. J Abnorm Psychol 1991;100(4):569-82.

55. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. J Abnorm Psychol 2000;109(3):504-11.

56. Van der Gucht E, Morriss R, Lancaster G, Kinderman P, Bentall RP. Psychological processes in bipolar affective disorder: negative cognitive style and reward processing. Br J Psychiatry 2009;194(2):146-51.

57. Watkins E, Moulds M. Positive beliefs about rumination in depression—a replication and extension. Personality and Individual Differences 2005;39(1):73-82.

58. Deckersbach T, Hölzel BK, Eisner LR, Stange JP, Peckham AD, Dougherty DD, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with bipolar disorder. CNS Neurosci Ther 2012;18(2):133-41.

59. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. Cognitive and Behavioral Practice 2001;8(2):160-4.

60. Guethlein JS. Assessing adolescent bipolar affective disorder with the Millon Adolescent Clinical Inventory (Doctoral dissertation, Walden University).

61. Bernstein IH, Rush AJ, Suppes T, Trivedi MH, Woo A, Kyutoku Y, C et al. A psychometric evaluation of the clinician-rated Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-C16) in patients with bipolar disorder. Int J Methods Psychiatr Res 2009;18(2):138-46.

62. Agius M, Verdolini N. The Cambridge-Perugia Inventory for assessment of Bipolar Disorder. Psychiatr Danub 2015;27 Suppl 1:S185-7.

63. Bowden CL, Singh V, Thompson P, Gonzalez JM, Katz MM, Dahl M, et al. Development of the bipolar inventory of symptoms scale. Acta Psychiatr Scand 2007;116(3):189-94.

64. Weber Rouget B, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry JM. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). J Affect Disord 2005;88(1):103-8.