

مقایسه نظریه ذهن در بیماران مبتلابه اختلال دوقطبی و افراد سالم و ارتباط آن با ابعاد شخصیت

افسانه سبزواری مقدم^{۱*}، سیدعلی محمد موسوی^۲، راضیه جعفری جوزانی^۳، محمد عزیزی فلهیانی^۴، امین اجلی^۵

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد تهران جنوب، تهران، ایران
^۲ دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، تهران، ایران
^۳ کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، تهران، ایران
^۴ کارشناس ارشد، گروه مددکاری اجتماعی، مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی، تهران، ایران
^۵ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران
^{*} نویسنده مسئول: افسانه سبزواری مقدم، کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد تهران جنوب، تهران، ایران. ایمیل: af_sabzevari@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۱۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۱۸

چکیده

مقدمه: نظریه ذهن در افراد سالم بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی است، درک و استنباط بهتر از حالات ذهنی دیگران (نظریه ذهن) بر ویژگی‌های شخصیتی اثر می‌گذارد. هدف مطالعه حاضر، مقایسه نظریه ذهن در افراد مبتلابه اختلال دوقطبی و افراد سالم و ارتباط آن با ابعاد شخصیت است.

روش کار: روش پژوهش مطالعه حاضر توصیفی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل همه بیماران مرد و زن مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در بیمارستان روان‌پزشکی رازی بود که در دوره فروکش علائم قرار داشتند. به این منظور، ۲۹ فرد مبتلابه اختلال دوقطبی به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به منظور تشکیل گروه مقایسه، ۳۰ فرد بهنجار از نظر جنس و سن با گروه بیمار همتا شدند. برای جمع آوری داده‌ها از ابزارهای "آزمون خواندن ذهن از طریق چشم" (Reading The Mind in The Eyes) (Test)، "داستان‌های تصویری نظریه ذهن" (Theory of Mind Picture Stories) (آزمون پنج عاملی شخصیت) (Personality Five Factory Test) و "مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر ده سؤالی" (Kessler-10 Scale of Psychological Distress) می‌باشد. روایی و پایایی آن‌ها در مطالعات قبلی بررسی شده است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اس پی اس ۲۲ تحلیل شد.

یافته‌ها: افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دارای نقص در دو بعد شناختی و عاطفی نظریه ذهن هستند و در دوره فروکش علائم هم، از هم‌تایان سالم خود ضعیف‌تر عمل می‌کنند. نتایج همبستگی نیز نشان داد نظریه ذهن شناختی با توافق پذیری ($P = ۰/۵۶$) و وظیفه‌شناسی ($P = ۰/۳۹$) همبستگی مثبت و با روان‌آزردخویی ($P = ۰/۳۵$) همبستگی منفی دارد. اما نظریه ذهن عاطفی تنها با عامل برون‌گرایی ($P = ۰/۵۲$) همبستگی مثبت دارد.

نتیجه‌گیری: افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دارای نقص در دو بعد شناختی و عاطفی نظریه ذهن هستند و در دوره فروکش علائم هم، از هم‌تایان سالم خود ضعیف‌تر عمل می‌کنند. لذا پیشنهاد می‌شود توانبخشی لازم جهت ارتقا این توانایی‌ها در این بیماران انجام شود.

واژگان کلیدی: اختلال دوقطبی، نظریه ذهن، ابعاد پنج‌گانه شخصیت

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

می‌گذارد و درعین حال هزینه‌های بسیاری بر جامعه تحمیل می‌کند. این اختلال پس از افسردگی اساسی و اسکیزوفرنی، سومین بیماری روانی است که از لحاظ اقتصادی هزینه‌های گزافی را برای فرد و جامعه

اختلال دوقطبی بیماری روان‌شناختی است که به صورت دوره‌ای مانیا یا هیپومانیا تظاهر یافته و این دوره‌ها می‌توانند با دوره‌های افسردگی همراه باشند. این اختلال تأثیر منفی عمده‌ای بر کیفیت زندگی بیمار

مختلف دارد. از زمان معرفی " الگوی پنج عاملی شخصیت" توسط McCrae & Costa ارتباط و نقش پیش‌بینی‌کنندگی این الگو در برخی از توانایی‌های شناختی از جمله ذهن آگاهی مورد بررسی قرار گرفته است (۱۳). همچنین مطالعات صورت گرفته در طی چند سال گذشته پیرامون بررسی مبانی عصب‌شناختی پایه‌های شخصیتی، دلالت‌هایی بر ارتباط برخی صفات شخصیتی با توانایی‌های شناختی داشته است (۱۰, ۱۳) بنابراین، این مسئله مطرح می‌شود که متغیرهای شخصیتی نیز ممکن است بتوانند قسمتی از واریانس توانایی در نظریه ذهن را تبیین کنند. هرچند این مسئله به‌طور مستقیم مورد بررسی قرار نگرفته، با این حال نتایج بعضی از مطالعات عصب‌روان‌شناختی که پیرامون صفات شخصیتی انجام گرفته‌اند می‌توانند تأییدی بر درست بودن این فرض باشند. به‌عنوان نمونه De Yonug و همکاران در مطالعه مبانی نورولوژیک پنج عامل شخصیت، با توجه به یافته‌های خود این فرضیه را مطرح ساختند که از بین پنج عامل شخصیت، خاستگاه‌های عصبی عامل موافقت‌پذیری که دربرگیرنده شیار گیجگاهی فوقانی خلفی می‌شود، می‌تواند با توانایی ادراک حالات ذهنی دیگران به‌خصوص با توجه به نقش این ناحیه مغزی در پردازش باورها و هیجانات دیگران رابطه داشته باشد (۱۰). علاوه، مطالعاتی که در زمینه آسیب‌شناسی نظریه ذهن در افراد مبتلا به اختلالات روانی وجود دارد، نشان‌دهنده ارتباط میان ویژگی‌های شخصیتی با توانایی نظریه ذهن است. بنابراین، این فرض قابل عنوان است که بهره‌مندی بیشتر از برخی صفات شخصیتی می‌تواند آمادگی و انگیزش بیشتری در فرد برای پردازش حالات ذهنی دیگران در موقعیت‌های اجتماعی ایجاد کند (۱۰, ۱۴).

با توجه به نتایج تعدادی از مطالعات جدید، می‌توان میان "نظریه ذهن" (Theory of Mind) و "ابعاد پنج‌گانه شخصیت" (Five Personality Dimensions) ارتباط یافت. بر اساس بررسی‌های انجام‌شده، تاکنون مطالعه‌ای که رابطه صفات شخصیتی و توانایی شناختی و عاطفی نظریه ذهن را مورد بررسی قرار داده باشد انجام نشده است و تنها یک پژوهش ارتباط میان نظریه ذهن عاطفی را با پنج عامل شخصیت به‌طور مستقیم مورد بررسی قرار داده است (۱۵). نمونه این مطالعه ۲۲۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران و شهید بهشتی بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و "آزمون ذهن‌خوانی از طریق چشم‌ها" و "فرم کوتاه پرسشنامه پنج عاملی شخصیت" (Five Factory Personality Inventory Short Form) یا (NEO-FFI) را تکمیل کردند. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده ارتباط مثبت معنادار نظریه ذهن با عامل موافقت‌پذیری و رابطه منفی آن با روان‌آزرده‌خویی بود. میان برون‌گرایی، وجدانی بودن و گشودگی با نظریه ذهن ارتباطی به دست نیامد. همچنین دو عامل شخصیتی موافقت‌پذیری و روان‌آزرده‌خویی، توانستند توانایی ذهن را به‌طور معناداری پیش‌بینی کنند. این پژوهشگران، ارتباط مثبت معنادار میان موافقت‌پذیری و نظریه ذهن را بیان می‌کنند (۱۵). گزارش سازمان سلامت جهانی نشان می‌دهد اختلال دوقطبی رتبه ششم را در میان ده علت اصلی بروز ناتوانی در گروه سنی ۱۵ تا ۴۴ سال در سراسر دنیا دارد و این اختلال پس از افسردگی اساسی و اسکیزوفرنی، سومین بیماری روانی است که از لحاظ اقتصادی هزینه‌های گزافی را برای فرد و جامعه در پی دارد. بنابراین، شیوع بالا، هزینه‌های مالی و انسانی هنگفت و فقدان وجود درمان مداوم و قطعی برای این مشکل، ضرورت کلی مطالعه اختلال دوقطبی

در پی دارد (۱). افرادی که از اختلال دوقطبی رنج می‌برند، رفتارهای غیر انطباقی نشان می‌دهند که می‌تواند منجر به تعاملات اجتماعی منفی با دیگران شده و پیشروی و افزایش علائم را تسریع کند. از مفاهیمی که برای درک کنش اجتماعی آسیب‌دیده مورد استفاده قرار می‌گیرد، مفهوم شناخت اجتماعی است (۲). از حوزه‌های مهم شناخت اجتماعی، نظریه ذهن را می‌توان نام برد (۳). نظریه ذهن، به معنای نسبت دادن حالات ذهنی به خود و دیگران است که امکان تبیین و پیش‌بینی رفتار دیگران را فراهم می‌کند (۴). نظریه ذهن مهارت مهمی است که در تعامل با دیگران نقش داشته و مشکل در آن می‌تواند به‌طور مستقیم منجر به ایجاد مشکلاتی در دنیای اجتماعی فرد شود (۵). پژوهشگران بین نظریه ذهن شناختی که شامل درک حالات ذهنی شناختی دیگران مانند باورها و قصدهاست و نظریه ذهن عاطفی که مشتمل بر درک حالات هیجانی دیگران است، تمایز قائل‌اند (۶). گزارش‌های علمی زیادی ناکارآمدی نظریه ذهن را در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نشان می‌دهد. در مطالعه‌ای که توسط Baez و همکاران در سال ۲۰۱۳ انجام شد، نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در تشخیص احساسات منفی از طریق چهره مشکل دارند (۷). همچنین سلطانی و همکاران نظریه ذهن شناختی و عاطفی را در ۳۰ نفر از بیماران دوقطبی نوع یک ارزیابی نموده و با ۳۰ نفر گروه کنترل که از نظر سن و تحصیلات با گروه آزمایش هم‌تا شدند مورد مقایسه قرار دادند. بیماران دوقطبی این مطالعه در زمانی که در دوره خلق طبیعی بودند مورد ارزیابی قرار گرفتند. نظریه ذهن عاطفی آن‌ها به‌وسیله "آزمون ذهن‌خوانی از طریق چشم‌ها" (Reading The Mind in The Eyes Test) و نظریه ذهن شناختی با "داستان‌های تصویری نظریه ذهن" (Theory of Mind Picture Stories) مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج این مطالعه تفاوت‌های معناداری را در نمرات نظریه ذهن شناختی و عاطفی بین دو گروه نشان داد و گروه بیمار در هر دو مورد نمرات کمتری کسب کردند (۸). در آخرین مطالعه‌ای که در زمینه نظریه ذهن و اختلال دوقطبی منتشر شده است، پژوهشگران به بررسی نظریه ذهن در بیماران دوقطبی در حالات مختلف خلقی این بیماری پرداخته‌اند. نتایج حاکی از این بود که بیماران در مرحله شیدایی به‌طور معناداری در آزمون نظریه ذهن ضعیف‌تر بودند و خلق شیدا با کاستی‌های شناخت اجتماعی در اختلال دوقطبی ارتباطی قوی دارد (۹).

از مسائل جدیدی که اخیراً در رابطه با نظریه ذهن مطرح‌شده، ارتباط بالقوه میان آن با ابعاد مختلف شخصیت است (۱۰). در این میان "الگوی پنج عاملی شخصیت" (The Model of Personality Five Factory) بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. "نظریه پنج عاملی شخصیت"، در اواخر دهه ۸۰ میلادی از سوی دو روان‌شناس آمریکایی به‌نام‌های McCrae & Costa ارائه و در اوایل دهه ۹۰ مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت. براساس این رویکرد، تفاوت‌های فردی در ویژگی‌های شخصیتی از طریق پنج عامل روان‌آزرده‌خویی (Neuroticism)، برون‌گرایی (Extroversion)، تجربه‌پذیری (Openness to Experience)، توافق‌پذیری (Agreeableness) و وظیفه‌شناسی (Conscientiousness) قابل تبیین است (۱۱, ۱۲). نظریه‌های شخصیت با استفاده از دیدگاه‌های زیستی روانی پیشنهاد می‌دهند شخصیت نقش حساسی برای پیش‌بینی مؤلفه‌های روان‌شناختی

گزارش شده است (۱۷). Corcoran و همکاران برای ارزیابی نظریه ذهن، "داستان‌های تصویری نظریه ذهن" (Theory of Mind Picture Stories) را معرفی کردند. این ابزار شامل ۶ داستان تصویری انیمیشنی است. از آزمودنی خواسته می‌شود این تصاویر را در یک توالی صحیح قرار دهد و سپس سؤال‌هایی در مورد باورهای اشتباه پرسیده می‌شود. نمره موفقیت آزمودنی در قرار دهی کلیه کارت‌ها و پاسخ به سؤالات ۵۹ است. بنابراین، نمره بیشتر در این آزمون نشانگر توانایی نظریه ذهن بیشتر است (۱۸). روایی محتوای این آزمون در پژوهش درویشی و همکاران ۰/۷۵ بوده است (۱۹). این آزمون برای سنجش جنبه شناختی نظریه ذهن به کار برده می‌شود.

"آزمون پنج عاملی شخصیت" (Personality Five Factory Test) توسط McCrae & Costa طراحی شد. "آزمون پنج عاملی شخصیت" فرم کوتاهی نیز دارد که ۶۰ سؤالی است در هر سؤال آزمودنی نمره صفر تا چهار دارد. هر یک از سؤال‌ها نشان دهنده یکی از ۵ عامل شخصیت به ترتیب N روان آزرده خویی، E برون‌گرایی، O گشودگی، A موافق بودن، C با وجدان بودن است. هر یک از عوامل ۱۲ سؤال مقیاس را پوشش می‌دهند. در کل آزمودنی در هر مقیاس نمره‌ای از صفر تا ۴۸ کسب می‌کند. پاسخنامه بر اساس مقیاس لیکرت به صورت کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم تنظیم شده است (۲۰). در هنجاریابی فرم کوتاه آن که توسط گروهی وهمکاران روی نمونه‌ای با تعداد ۲۰۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تبریز، شیراز و دانشگاه‌های علوم پزشکی این دو شهر صورت گرفت، ضریب آلفای کرونباخ در هر یک از عوامل اصلی یعنی روان آزرده خویی، برون‌گرایی، گشودگی، سازگاری و وجدانی بودن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمده است (۲۱).

"مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر ده سؤالی"

این مقیاس جهت غربالگری اختلالات روانی توسط Kessler و همکاران طراحی و هنجاریابی شده است (۲۲). این مقیاس با استفاده از روش‌های مدرن روان‌سنجی و تئوری عبارت‌پاسخ ساخته شده است. این مقیاس به صورت ده سؤالی و شش سؤالی وجود دارد که در حال حاضر مقیاس‌های اصلی در مطالعه سالیانه سلامت در ایالت متحده آمریکا و کانادا هستند (۲۲). در یک مطالعه کشوری، Furukawa و همکاران، "پرسشنامه سلامت عمومی" (General Health Questionnaire) به صورت ۱۲ سؤال و "مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر ده سؤالی"، را با استفاده از بسته مصاحبه تشخیصی بین‌المللی اعتباریابی و مقایسه کردند. آن‌ها نتیجه گرفتند که برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی، کارایی "مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر ده سؤالی" از شش سؤالی بیشتر است و هردوی آن‌ها از "پرسشنامه سلامت عمومی" ۱۲ سؤالی کارآمدترند. سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت به صورت هیچ‌وقت تا همیشه از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره این مقیاس ۴۰ و نقطه برش آن ۲۰ در نظر گرفته شده است. نمره پایین‌تر از ۲۰ بهنجار، از ۲۰ تا ۲۴ دارای پریشانی روان‌شناختی خفیف، نمره ۲۵ الی ۲۹ متوسط و نمره ۳۰ یا بیشتر نیز نشان‌دهنده پریشانی شدید روان‌شناختی است (۲۳). در ایران برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختار عاملی و نقطه برش "مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر ده سؤالی" روی دانشجویان و نیز آماده‌سازی آن به‌عنوان یک ابزار غربالگری، مطالعه‌ای روی ۵۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام داد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی

به‌عنوان موضوع پژوهش را نشان می‌دهد. از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران دوقطبی با خلق طبیعی درحالی‌که از علائم رهایی یافته‌اند اما همچنان در روابط اجتماعی و تعاملات خود دچار مشکل می‌شوند (۱۶) و این مسئله می‌تواند ناشی از نقص در نظریه ذهن در این بیماران باشد. با توجه به این‌که درمان مسلط برای بیماران دوقطبی دارودرمانی است، بنابراین، به نظر می‌رسد بدون در نظر گرفتن نقص نظریه ذهن در بیماران دوقطبی تلاش برای بهبود در عملکرد اجتماعی بیماران تنها به وسیله دارو ناقص باشد. در نتیجه ایجاد زمینه‌ای برای اتخاذ روش‌های درمانی تکمیلی برای بهبود نظریه ذهن و در نتیجه بهبود کارکرد اجتماعی بیماران دوقطبی دارای اهمیت است و پیش از آن بررسی پایه‌ای نظریه ذهن در این بیماران اولویت دارد. چراکه در این زمینه پژوهش‌های اندکی صورت گرفته که بعضاً نتایج متفاوتی نیز داشته‌اند. لذا شناسایی علل و عوامل زیربنایی که مانع از بهبود کامل اختلال حتی در دوره‌هایی با خلق طبیعی می‌شود ضروری است. لذا هدف از پژوهش حاضر، مقایسه نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد سالم و ارتباط آن با ابعاد شخصیت است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل همه بیماران مرد و زن مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در بیمارستان روان‌پزشکی رازی بود که در دوره فروکش علائم قرار داشتند. شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۳۰ فرد مبتلا به اختلال دوقطبی بود که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و یک نفر ریزش داشت. معیارهای ورود شامل دارا بودن سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال و دارا بودن سواد کافی برای تکمیل پرسشنامه و انجام آزمون، عدم معیارهای ورود شامل بیماری شدید جسمانی مثل اختلالات مربوط به سیستم ایمنی، سوء‌مصرف مواد مخدر یا الکل، بیماری‌های نورولوژیک مثل صرع، پارکینسون و دمانس، سابقه عقب‌ماندگی ذهنی و سابقه ابتلا به سایکوز بود. به‌منظور تشکیل گروه مقایسه، ۳۰ فرد بهنجار به‌روش نمونه‌گیری در دسترس از میان جمعیت عمومی انتخاب شدند. به منظور هم‌تا بودن دو گروه از نظر سن و تحصیلات از آزمون t مستقل و برای متغیر جنسیت از آزمون خی دو استفاده شد. عدم معیار ورود برای گروه سالم شامل ابتلا به اختلال روانی و یا استفاده از داروهای روان‌پزشکی، داشتن بیماری روان‌پزشکی در میان اقوام درجه‌یک خانواده و کسب نمره بیشتر از ۲۰ از "مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر ده سؤالی" (Kessler-10 Scale of Psychological Distress) ده سؤالی بود. از ابزارهای زیر که قبلاً در حوزه روان‌شناسی روایی و پایایی آن‌ها در مطالعات گذشته سنجیده شده، در این پژوهش استفاده شد.

"آزمون خواندن ذهن از طریق چشم" (Reading The Mind in The Eyes Test) که نسخه اصلی آن توسط Cohen معرفی شده و یکی از آزمون‌هایی است که برای بررسی جنبه عاطفی نظریه ذهن مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این آزمون ۳۶ تصویر چشم‌های افراد مختلف به شرکت‌کننده نشان داده می‌شود و از آن‌ها خواسته می‌شود وضعیت ذهنی فرد صاحب عکس را تعیین کند. حداکثر نمره در این آزمون ۳۶ است. نمره بین ۲۲ الی ۳۰ معمول، بیشتر از ۳۰ توانایی بالا در شناسایی هیجانات چهره‌ای و نمره کمتر از ۲۲ مشکل در شناسایی هیجانات چهره‌ای را نشان می‌دهد. روایی محتوای این آزمون در پژوهش اختیاری و همکاران ۰/۸۹

به گروه کنترل (افراد سالم) بودند. اطلاعات جمعیت شناختی در [جدول ۱](#) و میانگین و انحراف معیار متغیرهای موردبررس ۲ ارائه شده است.

برای مقایسه دو گروه در نظریه ذهن شناختی و عاطفی از آزمون تحلیل کوواریانس چندگانه استفاده شد تا اثر متغیر تحصیلات حذف شود. نتایج این آزمون در [جدول ۳](#) مشاهده می شود.

نتایج [جدول ۳](#) نشان می دهد. با وجود تأثیر معنادار تحصیلات بر نظریه ذهن عاطفی، با این حال بعد از کنترل این متغیر نیز دو گروه بیماران دوقطبی و گروه کنترل در میزان نظریه ذهن عاطفی و شناختی باهم تفاوت معنادار داشته و گروه کنترل نمرات بالاتری را در این متغیرها به دست آورده است. برای بررسی همبستگی بین نظریه ذهن عاطفی و شناختی با ابعاد پنج گانه شخصیت، داده ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون محاسبه شد. نتایج این آزمون در [جدول ۴](#) مشاهده می شود.

تصنيف ۰/۹۱ به دست آمد (۱۹). در پژوهش حاضر، از تمامی شرکت کنندگان پیش از انجام آزمون، رضایت آگاهانه بدون هرگونه تهدید یا قضاوت گرفته شد، همچنین نیازی به اخذ نام و هویت شرکت کنندگان نبوده و اطلاعات به صورت محرمانه و تنها در دسترس پژوهشگر بود، همچنین به آن ها اطمینان داده شد که همکاری در این پژوهش برای آن ها ضرر و آسیبی در بر نخواهد داشت. مضافاً اینکه پس از اتمام سنجش، سؤالات شرکت کنندگان در رابطه با پژوهش به طور کامل پاسخ داده شد. پس از جمع اوری داده ها، داده ها با آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین دو گروه و همبستگی و با استفاده از نرم افزار اس پی اس ۲۲ تحلیل شد.

یافته ها

در این مطالعه ۵۹ نفر در دو گروه بررسی شدند که ۲۹ نفر مربوط به گروه مورد مطالعه (بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی) و ۳۰ نفر مربوط

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی

متغیر	بیماران		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سن (سال)	۳۹/۲۱	۱۱/۰۸	۳۶/۲۳	۶/۵۵
تحصیلات (سال)	۸/۸۶	۳/۱۷	۱۳/۹۳	۱/۸۷

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای بررسی شده در شرکت کنندگان

متغیرها	بیماران		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
روان آزرده خوبی	۲۴/۶۲	۶/۸۳	۱۹/۲۷	۶/۷۹
برون گرایی	۲۶/۱۷	۶/۸۸	۳۱/۳۳	۵/۰
گشودگی به تجربه	۲۴/۵۵	۴/۶۳	۲۵/۶	۵/۰
توافق پذیری	۲۵/۱	۶/۴۵	۳۱/۳۷	۵/۲۷
وظیفه شناسی	۶/۹۲	۶/۹۲	۳۱/۸۷	۴/۹۹
نظریه ذهن عاطفی	۱۴/۴۵	۳/۹۳	۲۰/۳۷	۳/۶۸
نظریه ذهن شناختی	۱۰/۸۶	۴/۲۷	۱۵/۱	۳/۵۳

جدول ۳: آزمون تحلیل کوواریانس چندگانه برای بررسی تفاوت های دو گروه در نظریه ذهن

متغیرها	تحصیلات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P value
نظریه ذهن عاطفی		۶۰/۶۹	۱	۶۰/۶۹	۴/۴۴	۰/۰۴
نظریه ذهن شناختی		۱۶/۹۶	۱	۱۶/۹۶	۱/۱	۰/۲۹
نظریه ذهن عاطفی	گروه	۱۱۲/۷۶	۱	۱۱۲/۷۶	۸/۲۵	۰/۰۰۶
نظریه ذهن شناختی		۷۴/۵۳	۱	۷۴/۵۳	۴/۸۹	۰/۰۳۱

جدول ۴: ضریب همبستگی نظریه ذهن عاطفی و شناختی با ابعاد پنج گانه شخصیت

متغیرها	نظریه ذهن عاطفی	نظریه ذهن شناختی
برون گرایی	۰/۲۵۵	۰/۲۳۶
گشودگی به تجربه	۰/۳۱۱	۰/۷۳
توافق پذیری	۰/۲۰۹	۰/۵۶
وظیفه شناسی	۰/۲۳۸	۰/۳۹
روان آزرده خوبی	۰/۱۸۹	۰/۳۵

به‌طور کلی، نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده نقص در نظریه ذهن عاطفی و شناختی در بیماران دوقطبی بود. به‌علاوه از آنجایی که نقصان‌های اشاره‌شده در نظریه ذهن در دوره فروکش علائم این بیماران بررسی شد، می‌توان نتیجه گرفت که کاستی‌های شناختی و عاطفی مشاهده‌شده، به‌جای آنکه نشان‌دهنده حالتی وابسته به ویژگی‌های علامت شناختی بیماران باشند، صفتی هستند که فارغ از این مسئله وجود دارند. همچنین تحلیل‌های مربوط به همبستگی ارتباط نظریه ذهن با ابعاد پنج‌گانه شخصیت به‌ویژه توافق‌پذیری، وظیفه‌شناسی و روان‌آزرده‌خویی را نشان داد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دارای نقص در دو بعد شناختی و عاطفی نظریه ذهن هستند و در دوره فروکش هم از هم‌تایان سالم خود ضعیف‌تر عمل می‌کنند. نتایج همبستگی نیز نشان داد نظریه ذهن شناختی با توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی همبستگی مثبت و با روان‌آزرده‌خویی همبستگی منفی دارد. اما نظریه ذهن عاطفی تنها با عامل برون‌گرایی به رابطه مثبت معنادار بسیار نزدیک شد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این موارد اشاره کرد: دوره فروکش بیماران دوقطبی تنها توسط روان‌پزشک تأیید شد و مصاحبه ساختاریافته با بیمار برای افزایش روایی این موضوع انجام نشد. محدودیت دیگر را می‌توان در هم‌تایان نکردن دو گروه بیمار و کنترل از نظر متغیرهای شناختی دیگر از جمله هوش عنوان کرد، هرچند تعداد کمی از مطالعات گذشته برخی از زیرمقیاس‌های آزمون‌های هوشی را به‌عنوان نمونه‌ای از هوش کلی آزمودنی‌ها سنجیده‌اند. با این حال، بررسی جامع‌تر و دقیق‌تر هوش و همچنین برخی از کارکردهای اجرایی عصب‌شناختی همچون کنترل توجه در مطالعات آینده از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. به‌ویژه آنکه اخیراً شواهد اولیه‌ای از اینکه ممکن است متغیر اصلی در متمایز کردن بیماران دوقطبی، افت در این کارکردهای شناختی باشد و نه نظریه ذهن، به‌دست آمده است. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه، عدم سنجش داروهای مصرفی بیماران دوقطبی بود. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر که نشان‌دهنده ضعف توانایی ادراک و احساسات و افکار دیگران در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی است، پیشنهاد می‌شود توانبخشی لازم جهت ارتقا این توانایی‌ها در این بیماران انجام شود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد افسانه سبزواری مقدم در رشته روانشناسی شخصیت با راهنمایی دکتر سید علی محمد موسوی از دانشگاه آزاد تهران جنوب در تاریخ ۹۵/۷/۷ و با کد اخلاقی ۱۴۱۳۱۳۰۲۲۸۸۷۸۱ می‌باشد. لازم است از تمام بیماران و خانواده‌هایشان که در این پژوهش شرکت کردند و همچنین از کارکنان محترم بیمارستان روان‌پزشکی رازی که همکاری نمودند صمیمانه تقدیر و تشکر شود.

نتایج نشان می‌دهد که نظریه ذهن شناختی با توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی همبستگی مثبت معنادار و با روان‌آزرده‌خویی همبستگی منفی معنادار دارد. نظریه ذهن عاطفی با هیچ‌کدام از عوامل پنج‌گانه شخصیت ارتباط معنادار نشان نداد، با این حال همبستگی آن با عامل برون‌گرایی به معناداری بسیار نزدیک شد ($P = 0.052$).

بحث

این پژوهش باهدف مقایسه نظریه ذهن در دو بعد شناختی و عاطفی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد سالم و ارتباط آن با ابعاد شخصیت انجام شد. همان‌طور که نتایج پژوهش نشان داد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در نظریه ذهن نقص داشتند. این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های دیگر مانند (۷، ۸، ۲۴) همسوست. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که نقص در توانایی نظریه ذهن شناختی و عاطفی بیماران دوقطبی به دوره فعال بیماری محدود نشده و در دوره‌های فروکش هم پایدار باقی می‌ماند. نقص در دوره فروکش هم نشان‌دهنده یک نقص وابسته به صفت در نظریه ذهن این بیماران است و یک مسئله وابسته به حالت نیست که با فروکش کردن علائم بیماری، بهبود یابد. گرچه ناتوانی در نظریه ذهن در دوره فعال بیماری شدیدتر از دوره فروکش است اما در حال بیماران دوقطبی نسبت به جمعیت بهنجار دارای نقص هستند. بدکارکردی برخی از مناطق مغزی به ویژه قشر پیش‌پیشانی نیز در اختلال دوقطبی شناسایی شده است. بنابراین، ابتلا به اختلال دوقطبی و اختلال در عملکرد قشر پیش‌پیشانی موجب نقص در نظریه ذهن می‌شود. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نظریه ذهن شناختی با توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی همبستگی مثبت و با روان‌آزرده‌خویی همبستگی منفی دارد اما نظریه ذهن عاطفی تنها با عامل برون‌گرایی به رابطه مثبت معنادار بسیار نزدیک شد. این نتیجه با نتایج مطالعه (۱۵) نزدیک است که در دانشجویان ارتباط مثبت بین نظریه ذهن و عامل توافق‌پذیری و ارتباط منفی بین نظریه ذهن و روان‌آزرده‌خویی به دست آوردند. نوع دوستی، همدردی و مساعدت دیگران از ویژگی‌های اصلی افراد با توافق‌پذیری بالا می‌باشد. همچنین از ویژگی‌های افراد وظیفه‌شناس نیز می‌توان به قابل‌اعتماد بودن، وقت‌شناسی و باوجدان بودن اشاره کرد. این ویژگی‌ها، ویژگی‌هایی با ماهیتی بین‌فردی هستند و از این نظر می‌توان تصور کرد که با درک و استنباط بهتر از حالات ذهنی دیگران ارتباط مثبت داشته باشند. از سوی دیگر، محتوای ماده‌های مربوط به توافق‌پذیری در "پرسشنامه پنج‌عاملی شخصیت" تا حدود زیادی با درک و استنباط حالات ذهنی دیگران مرتبط هستند. دیگر همبستگی منفی معنادار بین روان‌آزرده‌خویی و نظریه ذهن شناختی بود. نمرات بالا در روان‌آزرده‌خویی، می‌تواند نشانه احتمال بالا برای ابتلا به برخی از انواع مشکلات روان‌پزشکی به‌ویژه افسردگی، اضطراب و تکانش‌وری باشد. از سوی دیگر، مطالعات مؤید این هستند که مشکلات و اختلالات خلقی از جمله افسردگی (۲۵) و همچنین مشکل در کنترل تکانه (۹) با نقصان‌هایی در توانایی نظریه ذهن همراه‌اند.

References

- Barlow D. *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: Guilford Press; 2008.
- Joiner J. Depression in Its Interpersonal Context. In: Gotlib I, Hammen C, editors. *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press; 2006.
- Mehta UM, Thirthalli J, Naveen Kumar C, Mahadevaiah M, Rao K, Subbakrishna DK, et al. Validation of Social Cognition Rating Tools in Indian Setting (SOCRATIS): A new test-battery to assess social cognition. *Asian J Psychiatr*. 2011;4(3):203-9. DOI: [10.1016/j.ajp.2011.05.014](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2011.05.014) PMID: [23051118](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23051118/)
- Riccardi I, Pacifico RP, Stratta PS, Rossi A. Theory of Mind and Empathy: The Two Sides of the Same Coin? *Schizophr Res*. 2010;117(2-3):442. DOI: [10.1016/j.schres.2010.02.818](https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.818)
- Terrien S, Stefaniak N, Blondel M, Mouras H, Morvan Y, Besche-Richard C. Theory of mind and hypomanic traits in general population. *Psychiatry Res*. 2014;215(3):694-9. DOI: [10.1016/j.psychres.2013.12.042](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.042) PMID: [24445165](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24445165/)
- Peron J, Vicente S, Leray E, Drapier S, Drapier D, Cohen R, et al. Are dopaminergic pathways involved in theory of mind? A study in Parkinson's disease. *Neuropsychologia*. 2009;47(2):406-14. DOI: [10.1016/j.neuropsychologia.2008.09.008](https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2008.09.008) PMID: [18845171](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18845171/)
- Baez S, Herrera E, Villarin L, Theil D, Gonzalez-Gadea ML, Gomez P, et al. Contextual social cognition impairments in schizophrenia and bipolar disorder. *PLoS One*. 2013;8(3):e57664. DOI: [10.1371/journal.pone.0057664](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057664) PMID: [23520477](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23520477/)
- Soltani Azemat E, Dolatshahi B, Nori Khajavi M. Deficits of 'Cognitive' and 'Affective' Theory of Mind in Euthymic Bipolar Patients Type I. *Pract Clin Psychol*. 2015;3(3):151-6.
- Hawken ER, Harkness KL, Lazowski LK, Summers D, Khoja N, Gregory JG, et al. The manic phase of Bipolar disorder significantly impairs theory of mind decoding. *Psychiatry Res*. 2016;239:275-80. DOI: [10.1016/j.psychres.2016.03.043](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.043) PMID: [27039012](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27039012/)
- DeYoung CG, Hirsh JB, Shane MS, Papademetris X, Rajeevan N, Gray JR. Testing predictions from personality neuroscience. Brain structure and the big five. *Psychol Sci*. 2010;21(6):820-8. DOI: [10.1177/0956797610370159](https://doi.org/10.1177/0956797610370159) PMID: [20435951](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20435951/)
- Morgan B, de Bruin K. The Relationship between the Big Five Personality Traits and Burnout in South African University Students. *South Afr J Psychol*. 2010;40(2):182-91. DOI: [10.1177/008124631004000208](https://doi.org/10.1177/008124631004000208)
- Swider BW, Zimmerman RD. Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *J Vocat Behav*. 2010;76(3):487-506. DOI: [10.1016/j.jvb.2010.01.003](https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.01.003)
- Giluk TL. Mindfulness, Big Five personality, and affect: A meta-analysis. *Pers Individ Differ*. 2009;47(8):805-11. DOI: [10.1016/j.paid.2009.06.026](https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.026)
- Russell TA, Schmidt U, Doherty L, Young V, Tchanturia K. Aspects of social cognition in anorexia nervosa: affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Res*. 2009;168(3):181-5. DOI: [10.1016/j.psychres.2008.10.028](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.10.028) PMID: [19467562](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19467562/)
- Zabihzadeh A, Nejati V, Maleki G, Darvishi M, Radfar F. [The Study of Relationship between mind reading ability and big five factors of personality]. *Adv Cogn Sci*. 2012;14(1):19-30.
- Inoue Y, Tonooka Y, Yamada K, Kanba S. Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorder. *J Affect Disord*. 2004;82(3):403-9. DOI: [10.1016/j.jad.2004.04.004](https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.04.004) PMID: [15555691](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15555691/)
- Ekhtiyari H, Safaee H, Javid G, Ganjgahi H, Naderi P, Mokri A. [Aspects of social recognition in opioid-dependent patients]. *Soc Welfare Q*. 2010;11(41):390-420.
- Corcoran R, Cahill C, Frith CD. The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: a study of 'mentalizing' ability. *Schizophr Res*. 1997;24(3):319-27. PMID: [9134592](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9134592/)
- Darvishi N, Aliloo M, Bakhshipour A, Farnam A, Bahramkhani A. [Theory of mind in obsessive-compulsive disorder patients versus normal individuals]. *Adv Cogn Sci*. 2013;57(15):36-54.
- McCrae RR, Costa PT, Jr. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52(1):81-90. PMID: [3820081](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3820081/)
- Garousi M, Mehryar A, Ghazi Tabatabaee M. [Application of the NEO test and analytic evaluation of its characteristics and factorial structure among Iranian university students]. *J Human*. 2001;39(11): 173-98.
- Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(2):184-9. PMID: [12578436](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12578436/)
- Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, Andrews G. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med*. 2003;33(2):357-62. PMID: [12622315](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12622315/)
- Samame C, Martino DJ, Strejilevich SA. Longitudinal course of cognitive deficits in bipolar disorder: a meta-analytic study. *J Affect Disord*. 2014;164:130-8. DOI: [10.1016/j.jad.2014.04.028](https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.028) PMID: [24856566](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24856566/)
- Fakhari A, Minashiri A, Khazaei S, Movahedi Y, Fallahi A, Taherpanah M. [Study of deficiency in Theory of Mind and Emotion Regulation in Bipolar Disorder and Depressed Patients compared with normal subjects]. *J Urmia Univ Med Sci*. 2014;25(6):511-20.

Comparison of the Theory of Mind in Bipolar Patients and Healthy Individuals and its Relationship with Personality Dimensions

Afsaneh Sabzevari Moghaddam ^{1,*}, Seyyed Alimohammad Mousavi ²,
Razieh Jafari Jozani ³, Mohammad Azizi Fahliyani ⁴, Amin Ajalli ⁵

¹ MA, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tehran Jonoub Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran

³ MA, Department of Psychology Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran

⁴ MA, Department of Social Working, Razi Educational and Therapeutic Psychiatry Center, Tehran, Iran

⁵ PhD Candidate, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Afsaneh Sabzevari Moghaddam, MA, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tehran Jonoub Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: af_sabzevari@yahoo.com

Received: x

Accepted: x

Abstract

Introduction: The theory of mind in healthy people is more profound than in patients with bipolar disorder. Better understanding of the mental states of others (the Theory of Mind) affects personality traits. The aim of the current study was to compare the Theory of Mind in bipolar patients and healthy individuals and its relationship with personality dimensions.

Methods: The research method was descriptive-comparative. The statistical population of the study consisted of all male and female patients with bipolar disorder admitted at Razi Psychiatric Hospital during the period of symptoms ablation. Twenty-nine patients with bipolar disorder were selected by convenience sampling and 30 normal patients were matched with the patient group in order to form the comparison group. To collect data, the "Reading the Mind in the Eyes Test", "Theory of Mind Picture Stories", "Personality Five Factor Test" and "The Scale of Psychological Distress" questionnaires were used. The validity and reliability of the instruments were examined in previous studies. Data was analyzed using SPSS version 22 software.

Results: : People with bipolar disorder had defects in two cognitive and emotional dimensions of the theory of mind. During the period of decline, their symptoms were weaker than their healthy counterparts. The results of the correlation also showed that cognitive theory had a positive correlation with agreeableness ($P = 0.56$) and responsibility ($P = 0.39$), and a negative correlation with neuroticism ($P = 0.35$). However, the emotional mind approach was only positively correlated with extroversion ($P = 0.052$).

Conclusions: People with bipolar disorder have defects in two cognitive and emotional dimensions of the theory of mind, and in the period of decline, symptoms are also weaker than their healthy counterparts. Therefore, rehabilitation for improving this ability in this group of patients is suggested.

Keywords: Bipolar Disorder, Theory of Mind, Five Personality Dimensions