

Research Paper

Components of an effective treatment for bipolar disorder; A qualitative study

Mahmood Amirbeigi<sup>1</sup>, MohammadReza Taghavi<sup>2</sup>, Mahdi Mohammahi<sup>3</sup>, Mahdi Imani<sup>4</sup>

1. Ph.D Student in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.
3. Associate Professor, Department of Management and Curriculum, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

**Citation:** Amirbeigi M, Taghavi M.R, Mohammahi M, Imani M. Components of an effective treatment for bipolar disorder; A qualitative study. J of Psychological Science. 2022; 21(114): 1105-1121.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1562-fa.html>



ORCID



doi [10.52547/JPS.21.114.1105](https://doi.org/10.52547/JPS.21.114.1105)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**

bipolar disorder,  
content analysis,  
effective therapy,  
lived experience,  
phenomenological  
method

**Background:** Bipolar disorder is one of the most complicated psychiatric disorders. On the one hand, different theoretical models emphasize different structures and there are serious defects in this area and on the other hand, psychological therapies for bipolar disorder are only added as adjunctive therapy to biological therapies. Thus, our knowledge about this disorder is limited.

**Aims:** The purpose of this study is the extraction of the effective therapeutic factors based on the lived experiences of bipolar patients.

**Methods:** In this experiment, a phenomenological-based qualitative method was used. The data was collected by the semi structured interview and inconvenient sampling. Nine participants from the bipolar spectrum (regardless of the type) were interviewed and through the extraction of the lived experiences, the concepts were extracted.

**Results:** In this study 5 organizer concepts were extracted. The organizer concepts were: lifestyle (sleeping and awakening, having routines in life, goals and values in life and medicinal adherence), social communications (assigning one's responsibility to the others, not being understood by the others, being rejected and being humiliated), cognition and non-functional believes (perfectionism, competitiveness, needlessness to others, catastrophic and dependent self-respect), life skills (problem solving, anger control and stress management) and psychological education (disease symptoms, disease causes and following up the disease treatment). These organizer concepts are originally the main factors of an effective therapy.

**Conclusion:** In order to have an effective therapy for a bipolar person, a multi-dimensional approach should be taken and the interventions should be done in multiple aspects. Such a therapy needs the active participation of both the therapist and the patient. We recommend further longitudinal, qualitative and experimental studies..

Received: 16 Jan 2022

Accepted: 10 Mar 2022

Available: 23 Aug 2022

\* **Corresponding Author:** MohammadReza Taghavi, Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

E-mail: [mtaghavi@rose.shirazu.ac.ir](mailto:mtaghavi@rose.shirazu.ac.ir)

Tel: (+98) 9174748522

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



## Extended Abstract

### Introduction

bipolar disorder, according to American Psychiatric Association, is a group of disorders that cause intense fluctuations in mood, energy, and the person's ability to function (American Psychiatric Association, 2013). Until the recent decades, the focus of the etiology and therapy of the disorder has been on the biological explanations of the disorder. Recently, psychological models have grabbed attention to increase the therapy's response (Ironsides, Johnson & Carver, 2019). In addition to biological issues, bipolar persons have unique and non-functional psychological characteristics (Alloy, Abramson, Walshaw & et al., 2009). Nevertheless, research in psychological models of bipolar disorder is at the beginning of its path. These models have some fundamental weaknesses.

In some cases, the models can't explain all of the disorder's symptoms. The models haven't introduced special and particular variables that differentiate bipolar disorder from other psychiatric disorders. Some models may have a proper function, but they don't have a defendable theoretical basis. And eventually, the experimental evidence offer variant results from the predictions of the models (Power, 2005).

In therapy, psychological treatments have been used only to complement pharmaceutical treatments. The pharmaceutical treatment is still the first line of the treatments. Excluding pharmaceutical treatments, the outcome of psychological treatments has shown high levels of variability (Miklowitz & et al., 2007). Due to the importance of the subject of bipolar disorder, all mentioned issues, and also the infancy of the research in this area (in both fields of explanation and therapy), it is of the highest importance to do a qualitative study to extract axial and inclusive concepts related to bipolar persons, and extract useful therapeutic factors for therapy.

### Method

**Research design and participants:** The current study has been done qualitatively through checking the lived experiences of bipolar persons. Codes, basic

concepts, main and organizer concepts have been expanded conceptually through an Inferential process, considering the dimensions and the regular nature of the data (Packer, 2009). This study was performed during the COVID-19 pandemic, and due to social distancing, the interviews were done through phone calls. The participants were patients with a history of being hospitalized in the Iran University of Medical Sciences or outpatients of the clinics. The sampling method was purposeful sampling from the criteria type. Each interview took 30 to 50 minutes. The recorded content of interviews was transcribed and was used as supplementary and reliable data in later steps. Data collection and analysis were done simultaneously. After the interviews, we didn't come up with new information. In technical terms, we faced saturation in the considered fields of the study. Then the interviews were transcribed and implemented according to Colaizzi's 7 stage pattern. This pattern includes these seven stages as follows: 1) Accurate reading of all of the essential descriptions and findings of participants. 2) Extracting important phrases related to the phenomenon sentences. 3) Conceptualizing the meaningful extracted sentences. 4) Sorting the descriptions of the participants and common concepts in particular categories. 5) Changing all inferred comments into comprehensive and complete descriptions. 6) Changing the complete descriptions of the phenomenon to a real short and brief description. 7) Final validation.

### Results

In this study, from the participants' responses, 19 basic concepts and five organizer concepts were extracted.

Table 1. organizer, Sub-category, basic theme

organizer concepts	Sub-category	basic concepts
Lifestyle	Life plan	sleeping and awakening
	External self-regulation	having routines in life
cognition and non-functional beliefs	The path of life	goals and values in life
	External regulation of emotions	medicinal adherence
	Perfectionism	perfectionism
	Strive to be the best	competitiveness
social communications	Extreme independency	needlessness to others
	Over-estimate of danger	catastrophic
	Dependent self- worth	dependent self-esteem
	Responsibility	projecting own responsibility to the others
psychological education	To be understood	not being understood by the others
	Negative perceived communication style	being rejected
	Negative perceived communication style	being humiliated
life skills	Semiotics	disease symptoms
	Etiology	disease causes
	Recovery	following up the disease treatment
life skills	Life issues and problems	problem solving
	Anger and irritability	anger control
	Tension	stress management

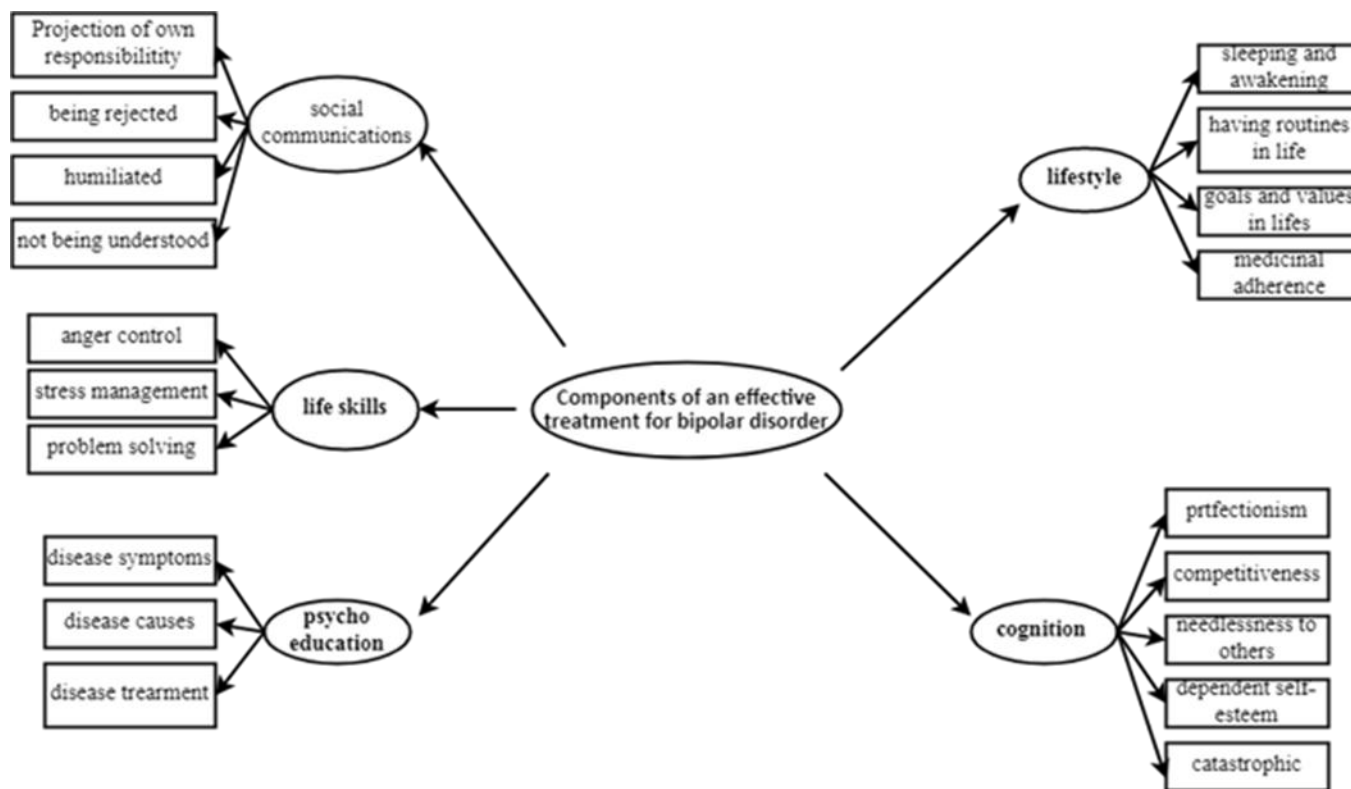


Table 2. Bipolar Disorder Treatment Protocol Theme Network

**Conclusion**

This study, overall, underlines the factors like correction of lifestyle, social communications, non-functional cognitions and beliefs, education of life skills, and psychological education. Performing the current study emphasizes doing multi-axis and multilevel Interventions. We can't expect broad

changes in bipolar patients only by changing one dimension. The study faced some problems. The COVID-19 pandemic troubled us to do the interviews. Cooperation of the medical-educational centers had many restrictions considering their responsibilities. In the case of cooperation of medical centers, we suggest special considerations in

[Downloaded from psychologicaleducation.ir on 2022-11-30] [DOR: 20.1001.1.17357462.1401.21.114.6.4] [DOI: 10.52547/JPS.21.114.1105]

choosing the sample and differentiation to observe the effects on the results. As a follow-up, it is suggested to test the therapeutic factors of this study in experimental designs to analyze the level of their effectiveness. The other suggestion is doing longitudinal studies. Extraction of the causal factors can be done with more assurance in longitudinal studies. Since the therapeutic and explanatory for bipolar disorder are still in the beginnings of their path, doing more qualitative studies is necessary.

### Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** This article extracted from the Phd dissertation of the first author in department of

clinical psychology at Shiraz University, which has been approved with the identification code of IR.SUMS.REC.1400.732, date 2022.01.04 moral enactment in Shiraz University of medical sciences.

**Funding:** This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

**Authors' contribution:** The first author was the student and senior author, the second were the corresponding author and supervisors and the third and forth was the advisors.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** I would like to appreciate the participants who contributed to this research.

## مؤلفه‌های یک درمان مؤثر برای اختلال دوقطبی؛ یک مطالعه کیفی

محمود امیریگی<sup>۱</sup>، محمدرضا تقوی<sup>۲\*</sup>، مهدی محمدی<sup>۳</sup>، مهدی ایمانی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳. دانشیار، گروه مدیریت و برنامه آموزشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

## چکیده

## مشخصات مقاله

**زمینه:** اختلال دوقطبی یکی از پیچیده‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است. از سویی مدل‌های مختلف نظری بر سازه‌های متفاوتی تأکید دارند و نقص‌های جدی در این حوزه وجود دارد و از سویی دیگر، درمان‌های روانشناختی اختلال دوقطبی صرفاً به عنوان مکمل به درمان‌های زیستی الحاق می‌شوند. از این‌رو پرداختن به این حوزه، از اهمیت حیاتی برخوردار است.

**هدف:** هدف از این مطالعه استخراج مؤلفه‌های مؤثر درمانی مبتنی بر تجارب زیسته‌ی افراد دوقطبی بود.

**روش:** برای انجام این پژوهش از روش کیفی از نوع پدیدارشناختی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته و نمونه‌گیری هدفمند از نوع معیار جمع‌آوری شد. با ۹ مشارکت‌کننده مبتلا به اختلال طیف دوقطبی (صرفنظر از نوع آن) مصاحبه شد. با انجام مصاحبه‌ها و استخراج تجارب زیسته، مضامین استخراج شدند.

**یافته‌ها:** در این مطالعه ۵ مضمون سازمان‌دهنده استخراج شد. مضمون‌های سازمان‌دهنده عبارت بودند از: سبک زندگی (خواب و بیداری، روتین داشتن زندگی، اهداف و ارزش‌ها در زندگی، و تبعیت دارویی)، ارتباط اجتماعی (فراکنی مسئولیت خود به دیگری، درک نشدن توسط دیگری، طرد شدگی، تحقیر شدگی)، شناخت و باورهای ناکارآمد (کمال‌گرایی، رقابت‌طلبی، بی‌نیازی به دیگری، فاجعه‌انگاری، و حرمت‌خود وابسته)، مهارت‌های زندگی (حل مسأله، کنترل خشم، و مدیریت استرس)، و آموزش روانی (علائم بیماری، علل بیماری، و پیگیری درمان بیماری). این مضامین سازمان‌دهنده، در اصل همان مؤلفه‌های اصلی هستند که می‌توانند به شکل دادن یک درمان مؤثر کمک کنند.

**نتیجه‌گیری:** برای یک درمان مؤثر فرد مبتلا به اختلال دوقطبی باید رویکرد چند بعدی را اتخاذ کرد و مداخله باید در چند محور صورت گیرد. این درمان نیازمند مشارکت فعال درمانگر و بیمار است. انجام پژوهش‌های طولی، کیفی و آزمایشی بیشتر پیشنهاد می‌شود.

## کلیدواژه‌ها:

اختلال دوقطبی،

تحلیل محتوا،

درمان مؤثر،

تجربه زیسته،

روش پدیدارشناختی

دریافت شده: ۱۴۰۰/۱۰/۲۶

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۱۲/۱۹

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۶/۰۱

\* نویسنده مسئول: محمدرضا تقوی، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

رایانامه: mtaghavi@rose.shirazu.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۷۴۷۴۸۵۲۲

## مقدمه

طیف اختلالات دوقطبی، طبق توصیف انجمن روان‌پزشکی آمریکا، گروهی از اختلال‌هایی است که موجب نوسانات شدید در خلق، انرژی، و توانایی فرد برای عملکرد می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال دوقطبی معمولاً بعنوان بیماری دوره‌ای با دوره‌هایی از عود تعریف می‌شود. این تعریف با داده‌های وسیعی که از پژوهش‌های متعدد کسب شده است همسویی دارد (کوریل و همکاران، ۲۰۰۳؛ دیتمن و همکاران، ۲۰۰۲؛ لوریچ و پست، ۲۰۰۶؛ پست و همکاران، ۲۰۰۳). ملاک‌های تشخیصی برای اپیزودهای افسردگی و مانیا، اهمیت بهم‌خوردگی‌های الگوهای رفتاری و خواب را برجسته می‌کند (فرست و همکاران، ۱۹۹۷). طی افسردگی، نشانگان شامل، افزایش یا کاهش خواب، اجتناب از فعالیت و بی‌قراری یا کندی روانی - حرکتی است، حال آنکه در مانیا، نشانگانی چون کاهش نیاز به خواب، و افزایش رفتارهای هدف‌محور و لذت‌طلبی (با نادیده‌انگاری خطر) ملاحظه می‌شود.

اختلالات خلقی شامل افسردگی و اختلالات دوقطبی، جز اختلالات شایع روان‌پزشکی است. براساس پژوهش‌های پیشین، شیوع در طول زندگی اختلال افسردگی اساسی بین ۴/۹ تا ۲۰ درصد است و شیوع کل زندگی اختلال دوقطبی I بین ۱/۳ تا ۳/۹ درصد است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). اختلالات دوقطبی با بیماری‌های پیچیده روان‌پزشکی محور I و II، بخصوص مصرف مواد و الکل همبندی دارد، بیماری‌های طی را بالا برده و موجب افزایش نرخ مرگ و میر می‌شود. علاوه‌براین، موجب اختلال در کیفیت زندگی فرد شده، بهره‌وری و سودمندی عملکرد روزانه فرد را نیز کاهش خواهد داد (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵؛ جاد و آکیسکال، ۲۰۰۳؛ استوارت و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از قنبری، قدمگاهی، احمدزاد اصل و شعبانی، ۲۰۱۵). خطر خودکشی منجر به مرگ در افراد دوقطبی نسبت به جمعیت عمومی ۶۰ برابر است و نسبت کل خودکشی به خودکشی منجر به مرگ در افراد دوقطبی ۳:۱ است در حالی که در جمعیت عمومی این نسبت ۳۰:۱ است (بلدسیرینی، پومپلی، توندو، ۲۰۰۶). در نتیجه پرداختن به این حوزه از اهمیت و ضرورتی حیاتی برخوردار است.

تا دهه‌های اخیر جهت سبب‌شناسی و درمان اختلال تأکید اصلی بر تبیین‌های زیستی اختلال بوده است. اخیراً جهت افزایش پاسخدهی به درمان، مدل‌های روانشناختی نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند (ایرون‌ساید، جانسون و

کارور، ۲۰۱۹). علاوه بر مسائل زیستی، افراد دوقطبی در زمینه مسائل روانشناختی نیز خصوصیات مختص به خود و در عین حال ناکارآمد دارند (آلوی و همکاران، ۲۰۰۹). با این وجود پژوهش در زمینه مدل‌های روانشناختی اختلال دوقطبی در ابتدای مسیر خود قرار دارد. این مدل‌ها از چند نقص بنیادی رنج می‌برند. بعضاً مدل‌ها تبیین‌کننده تمام نشانگان اختلال نیستند، مدل‌ها متغیرهای خاص و ویژه را که قابلیت تمایزبخشی بین اختلال دوقطبی با سایر اختلالات روان‌پزشکی داشته باشد معرفی نکرده‌اند، بعضی از مدل‌ها امکان دارد کارکرد مناسبی داشته باشند ولی مبانی نظری قابل دفاعی ندارند، و در نهایت شواهد پژوهشی، نتایج مغایری از پیش‌بینی مدل‌ها ارائه می‌دهند (پاور، ۲۰۰۵). در زمینه درمان نیز، درمان‌های روانشناختی صرفاً به عنوان مکمل در کنار درمان‌های دارویی کاربرد دارند. همچنان خط اول درمان را دارو درمانی تشکیل می‌دهد و در مورد خروجی درمان‌های روانشناختی صرف نظر از دارو درمانی نتایج عدم تجانس بالایی دارند (میکلوویتز و همکاران، ۲۰۱۴). از این رو، اهمیت پرداختن به مشکل از چند بعد مشخص می‌شود. پیچیدگی و بغرنج بودن شرایط بیمارانی دوقطبی، عدم کفایت لازم مدل‌های تبیینی و ضعف شدید در مدل‌های درمانی، مواردی هستند که ضرورت پرداختن به این موضوع را برجسته می‌کنند. با توجه به نواقص موجود، در پژوهش حاضر تلاش شده است تا با بررسی تجارب زیسته‌ی افراد دوقطبی، مهم‌ترین مضامینی که می‌توانند در مدیریت این بیماران نقش داشته باشند، استخراج شده و به عنوان مؤلفه‌های درمانی ارائه گردند.

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** مطالعه حاضر به صورت کیفی و با بررسی تجارب زیسته‌ی افراد دوقطبی انجام گرفته است. کدها، مضمون‌های پایه، مضمون‌های اصلی و سازمان‌دهنده از طریق فرآیند فرآیند قیاسی / استنتاجی و به طور مفهومی و با در نظر گرفتن ابعاد و ماهیت منظم داده‌ها بسط داده شده‌اند (پارکر، ۲۰۰۹). این مطالعه در ایام همه‌گیری ویروس کرونا انجام شد و به دلیل مشکلاتی که به وجود آمده بود مصاحبه‌ها به صورت تلفنی و اینترنتی (غیر حضوری) انجام شد. مشارکت‌کنندگان بیماران با سابقه بستری در بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی ایران و یا بیماران سرپایی کلینیک‌های سطح شهر بودند. روش نمونه‌گیری هدفمند از نوع

پیاده سازی شد. این الگو شامل هفت مرحله: ۱. خواندن دقیق همه توصیف‌ها و یافته‌های مهم شرکت کنندگان، ۲. استخراج عبارت‌های مهم و جمله‌های مرتبط با پدیده، ۳. مفهوم‌بخشی به جمله‌های مهم استخراج‌شده، ۴. مرتب‌سازی توصیف‌های شرکت کنندگان و مفاهیم مشترک در دسته‌های خاص، ۵. تبدیل همه نظرات استنتاج شده به توصیف‌های جامع و کامل، ۶. تبدیل توصیف‌های کامل پدیده به یک توصیف واقعی خلاصه و مختصر، ۷. معتبرسازی نهایی می‌باشد.

### (ب) ابزار

مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته: در این مصاحبه در مورد دوره‌های بیماری دوقطبی سؤال می‌شد. سؤالاتی همچون موارد زیر پرسیده می‌شد:

(۱) قبل از شروع یک دوره‌ی خلقی آیا اتفاق خاصی می‌افتد؟ آن اتفاق چیست؟ می‌توانی یک مورد را واضحاً مثال بزنی؟ عموماً یک دوره چطور شروع می‌شود؟

(۲) یک دوره از اختلال که شروع می‌شود، عموماً زندگی چگونه می‌شود؟ چه چیزی شرایط را بهتر یا بدتر می‌کند؟ می‌توانی یکی از اینزودهایت را برایم شرح دهی؟

(۳) چگونه از آن دوره‌ی خلقی خارج شدی؟ چه عواملی به مدیریت شرایط کمک کرد؟ مهم‌ترین فاکتورهای که به ثبات خلق تان کمک کردند چه بودند؟ آیا در روابطتان تغییراتی به وجود آمد؟ چه چیز مهمی در ارتباطتان تغییر کرده بود؟

معیار بود. برای ورود نمونه‌ها به پژوهش شرایطی وجود داشت که عبارت بودند از: ابتلا به اختلال دوقطبی، حداقل سطح تحصیلات اول ابتدایی و محدوده‌ی سنی ۱۸ تا ۵۰ سال سن و مهم‌تر از همه بودن بیمار در شرایط پایدار خلقی (نبودن علائم فعال هیپو / مانیا یا افسردگی)؛ معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: ابتلا به اختلال روان‌پزشکی جدی حاد از جمله اختلالات طیف سایکوتیک، اختلال شخصیت مرزی، ضداجتماعی، ابتلا به اختلالات عصبی - شناختی، مصرف مواد و الکل، احتمال بالای خطر خودکشی.

با توجه به شرایط ورود و خروجی که در بالا گفته شد کلاً ۹ بیمار انتخاب شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه نیمه ساختاریافته و نوشتار استفاده شد. سؤالات مصاحبه با مشورت اعضای تیم پژوهشی تدوین و مورد بازنگری‌های مکرر واقع شد. هر مصاحبه با سؤال پرسیدن در مورد شرایط فعلی فرد، خلق و خو و جریان زندگی‌ش شروع شده و به مرور به سمت بررسی دوره‌های اختلال هدایت می‌شد. از روش‌های مختلف تفحص و گوش دادن فعال مانند سکوت، تکرار و بازخورد برای ترغیب مشارکت کننده برای ارائه اطلاعات بیشتر متناسب با هر مورد استفاده شد. هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۵۰ دقیقه به طول انجامید. در ادامه مطالب ضبط شده از مصاحبه رونویسی شدند و به عنوان داده‌های تکمیلی و قابلیت اعتمادپذیری استفاده شدند. جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها به طور همزمان انجام شدند. بعد از اینکه مصاحبه‌ها با بیماران انجام شد و در زمینه‌های مدنظر پژوهش اطلاعات جدیدی حاصل نشد یا اصطلاحاً اشباع داده صورت گرفت، مصاحبه‌ها پیاده شده و طبق الگوی هفت مرحله‌ای کلایزی (۱۹۷۱)

### جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت کنندگان

شرکت کنندگان	جنسیت	سن	وضعیت اشتغال	تحصیلات	تأهل
کد ۱	زن	۳۲	بیکار	فوق لیسانس	متاهل
کد ۲	مرد	۴۳	شغل آزاد	دیپلم	متاهل
کد ۳	مرد	۳۴	دانشجو	دکتر	متاهل
کد ۴	مرد	۳۲	بیکار	فوق لیسانس	متاهل
کد ۵	زن	۲۷	کارمند	فوق لیسانس	متاهل
کد ۶	زن	۳۳	کارمند	لیسانس	متاهل
کد ۷	مرد	۲۶	کارمند	لیسانس	متاهل
کد ۸	زن	۴۱	خانه‌دار	لیسانس	متاهل
کد ۹	مرد	۲۳	شغل آزاد	دیپلم	متاهل

## یافته‌ها

در این مطالعه، از میان پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان ۱۹ مضمون پایه و ۵ مضمون سازمان‌دهنده استخراج شد.

۱) اولین مضمون سازمان‌دهنده سبک زندگی. این مضمون سازمان‌دهنده خود از ۴ مضمون پایه که عبارت بودند از: خواب و بیداری، روتین داشتن زندگی، اهداف و ارزش در زندگی، و تبعیت دارویی تشکیل شده بود. خواب و بیداری: اغلب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش گزارش کرده‌اند که تغییرات خلقی آن‌ها با تغییر در برنامه‌ی خواب و بیداری‌شان رابطه دارد. مشارکت‌کنندگان از نوسانات خلقی و تشدید دوره‌ها متعاقب مشکلات در خواب شکایت داشتند. به طور مثال؛ کد ۱: من قبل از اینکه آخرین دوری مانیا رو تجربه کنم، سه شبانه‌روز نخوابیده بودم. این تو آخرین سفر من به کربلا بود. کد ۲: زمان‌هایی که نمی‌خوابم انرژیم بالاتر می‌ره.

روتین داشتن زندگی: مشارکت‌کنندگان گزارش می‌کنند که در صورت داشتن یک برنامه‌ی زمانی مشخص و یک زندگی قانونمند، نوسانات خلقی کمتری را تجربه می‌کنند. در ایام تعطیلات که روتین زندگی‌شان بهم می‌خورد، مشکلاتشان هم بیشتر می‌شود. به طور مثال؛ کد ۶: من چون از خیلی وقت پیش استخدام بانک هستم، با به برنامه مشخص زندگی می‌کنم. همین خیلی به زندگی نظم و قاعده داده که نمی‌زارن حالم زیاد بد شه. کد ۳: زندگی در خوابگاه به دلیل اینکه زمان مشخصی برای خواب و بیداری خیلی هم نمی‌شد تعیین کرد، نظم زندگی و روال بهم ریخته‌ای داشت، خیلی وقتا تو خوابگاه حال خوبی نداشتم.

اهداف و ارزش در زندگی: مشارکت‌کنندگان عموماً در دوره‌هایی از زندگی‌شان که متناسب با ارزش‌هایشان زندگی کرده بودند و یک زیست‌هدفمند داشتند، کمتر نوسانات خلق و دوره‌های بیماری را تجربه کرده‌اند. به عنوان مثال؛ کد ۳: اینکه در زندگی کاری برای انجام دادن داشته باشم باعث می‌شود کمتر حالم بد شود. کد ۴: فکر میکنم اگه میتونستم هدف گذاری کنم و به برنامه مشخص برا خودم داشته باشم بهتر به خودم و حالم مسلط بودم.

تبعیت دارویی: مصرف منظم دارو در بهتر شدن شرایط اغلب مشارکت‌کنندگان نقش مهمی ایفا کرده بود. به طور مثال؛ کد ۹: من هر زمان که دارو را کنار گذاشته‌ام، به مرور وارد یکی از حال بدی‌هام شدم. کد ۸: الان که منظم مصرف می‌کنم بهترم. کد ۱: با دارو حالم بهتره.

۲) دومین مضمون سازمان‌دهنده: باورها و شناخت‌های ناکارآمد. این مضمون خود از ۵ مضمون پایه تشکیل شده است که عبارتند از: کمال‌گرایی، رقابت‌طلبی، بی‌نیازی به دیگری، فاجعه‌انگاری، و حرمت‌خود وابسته.

کمال‌گرایی: مشارکت‌کنندگان اغلب گزارش می‌کردند که در زندگی برای تفکرانی کمال‌گرایانه داشته‌اند، بنحوی که همواره معیارهای سختگیرانه را نشان داده، تفکرانی همه یا هیچ داشته و عموماً برای موفقیت سخت‌کوش بوده‌اند. به عنوان مثال، کد ۶: برام مهمه که همه چیز دقیقاً اونطوری که می‌خوام پیش بره. خیلی وقتا اگر نتونم رو چیزی که داره انجام میشه با قواعد خودم کنترل داشته باشم، ترجیح می‌دم کاری براش نکنم. کد ۳: من همیشه در مدرسه همه‌ی نمراتم ۲۰ بود. هیچوقت به کمتر از ۲۰ قناعت نمی‌کردم.

رقابت‌طلبی: بعضاً یکی از مهمترین مضامینی که در این مشارکت‌کنندگان گزارش می‌شد، رقابت‌طلبی آن‌ها بود. این مضمون بی‌ارتباط با مضمون کمال‌گرایی نیز نبود. به طور مثال، من تا یکجایی در مدرسه اصلاً معنی رقابت کردن را درک نمی‌کردم. چون همیشه خودم اول بودم. بدون اینکه واقعاً با کسی رقابت کنم. کد ۶: من در کلاس کنکور بدون اینکه نیازی به خواندن داشته باشم، خیلی بهتر از همه بودم. خیلی همیشه درسم عالی بود. بی‌نیازی به دیگری: تمایل به داشتن استقلال مالی یا کسب حس کفایت، شروع کردن یک زندگی مستقل، مدیریت کردن بیماری به تنهایی، نیازمندی به دیگری تنها در مواقع خاص ... از مواردی بودند که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره می‌کردند. به طور مثال؛ کد ۶: خانواده ما به خانواده پر جمعیت بود و برای من از همون ۱۸ سالگی خیلی مهم بود که رو پای خودم وایسم و مستقل باشم. کد ۳: مهم‌ترین هدفم در زندگی اینه که پیشرفت کنم و به قدری داشته باشم تا بتونم در زندگی به کسی احتیاجی نداشته باشم.

فاجعه‌انگاری: احساس تنش بالا در مواجهه با یک استرسور، ساخت بدترین سناریوی ممکن، استعداد بالا در تجربه کردن اضطراب و بیش‌برآورد کردن احتمال رخدادهای منفی، تماماً مواردی بودند که در میان صحبت‌های شرکت‌کنندگان ملاحظه می‌شد. به طور مثال؛ کد ۳: من هر اتفاق ساده‌ای که می‌افتد را به مریض شدن طولانی نسبت می‌دهم، مثلاً کافیه که بی دلیل کمی ناراحت و گرفته باشم، فکر میکنم که الان حتماً افسرده شدم



و زمین گیر شدم. کد ۹: در دوره‌های افسردگی و اضطراب که حال ندارم، طوری زندگی می‌کنم که انگار در زندگی فاجعه اتفاق افتاده و هیچ چیز مثبتی وجود ندارد. هر چیزی استعداد تبدیل شدن به فاجعه رو داره.

حرمت خود وابسته: وابسته بودن حس ارزشمندی خود این افراد به دستاوردهایشان، داشتن حس مثبت نسبت به خود در صورت کسب موفقیت یا تأییدات بیرونی و در کل حرمت خود وابسته در مصاحبه‌هایی که با مشارکت کنندگان انجام می‌شد مشخص بود. کد ۴: من کار خاصی ندارم. همین حال را بد کرده. وقتی خودم را به کاری مشغول بکنم حس مفید بودن بکنم، حس بهتری هم به خودم خواهم داشت. کد ۷: من زمان‌هایی که کار مفیدی انجام می‌دهم، یا مثلاً یک هدفی را دنبال می‌کنم و برنامه‌ی زندگی یک روالی دارد، حس خوبی به خود دارم. حس ارزشمندی می‌کنم. اگر اینکارها را نکنم عموماً خموده و بی‌حالم.

۳) سومین مضمون سازمان دهنده: روابط اجتماعی. این مضمون خود از ۴ مضمون پایه تشکیل شده است که عبارتند از: فرافکنی مسئولیت خود به دیگری، درک نشدن توسط دیگری، طرد شدگی، و تحقیر شدگی.

فرافکنی مسئولیت خود به دیگری: یکی از مهم‌ترین مفاهیمی بین فردی که در صحبت‌های مشارکت کنندگان ملاحظه می‌شد، مربوط به نقش دیگری در مشکلاتشان، میزان قصور دیگران و مواردی این‌چنینی بود. به عنوان مثال؛ کد ۴: من احساس می‌کنم اگر بقیه برخورد مناسبی با من در دوره‌ی اول بیماری داشتند اصلاً من با این مشکل آشنا نمی‌شدم و این برجسب بهم نمی‌خورد. بیستری شدن‌های من خیلی‌هاش بی‌مورد بود. کد ۹: کلاً بقیه رفتارهای نامناسب زیاد دارند. رفتارهایی که حدود خودشون رو رعایت نمی‌کنند و بعد از بد شدن حالت تعجب هم می‌کنند و بهت انگیز بیماری می‌زنند.

درک نشدن توسط دیگران: مورد ملاحظه‌ی دیگران واقع نشدن و شکست در روابط عاطفی مواردی بودند که مشارکت کنندگان به آن‌ها اشاره می‌کردند. به عنوان مثال؛ کد ۳: در رابطه من خیلی ایراد داشتم. مشکل اینجا بود که با مشکلی که داشتم خیلی هم همدلی انجام نشد. کد ۸: خیلی این حالت‌ها برای کسی قابل درک نخواهد بود.

طرد شدگی: در میان صحبت مشارکت کنندگان نشانه‌هایی از طرد شدگی اجتماعی ملاحظه می‌شد. بنحوی که ناپایداری این افراد در روابط یا تحریک‌پذیری‌شان موجبات طرد را فراهم می‌کند. به عنوان مثال؛ کد ۶:

من به دلیل عصبانیت‌هایی که داشته‌ام افراد زیادی اطرافم ندارم. خیلی حس نمی‌کنم مورد پذیرش بقیه باشم. کد ۳: خیلی وقت‌ها میزان صمیمیتی که من با دیگران از خود نشان داده‌ام، حس کردم دیگران با من آن اندازه صمیمی نبودند. احساس کردم گاهی افراد میلی برای رابطه با من ندارند.

تحقیر شدگی: در میان صحبت مشارکت کنندگان می‌توان حساسیت به تحقیر و اهمیت حفظ جایگاه، شان و منزلت را استنباط کرد. به عنوان مثال؛ کد ۶: هر طور که می‌خواهند با من رفتار کنند یا هر حرفی بزنند. ولی دیگر هر چیزی دیدند از چشم خودشان دیدند. کد ۲: گاهاً احساس می‌کنم که درست باهام رفتار نمیشه. مدل رفتار کردن باهام یه طوره که انگار دیوونه‌م. هیچ احترامی برام قائل نمی‌شن. این من رو کاملاً دیوونه می‌کنه.

۴) چهارمین مضمون سازمان دهنده: آموزش روانی. این مضمون خود از سه مضمون پایه تشکیل شده است که عبارتند از: علائم بیماری، علل بیماری، و پیگیری درمان بیماری.

علائم بیماری: بی‌اطلاعی در مورد علائم بیماری، تصور غلط از بیماری داشتن و یا کلاً هیچ درکی از علائم نداشت مواردی بودند که در صحبت‌های مشارکت کنندگان ملاحظه می‌شد. به عنوان مثال؛ کد ۸: در محیط کارم به سختی رفتارم را کنترل می‌کردم، شدیداً کار می‌کردم. خیلی از رفتارهایم برای دیگران قابل درک نبودند. کد ۴: من بعد از افسردگی اولم فکر کردم همه چیز طبیعی شد و دیگر چیز نگران‌کننده‌ای وجود ندارد. ولی با شروع دوباره‌ی آن به کلی ناامید شدم.

علل بیماری: مشارکت کنندگان در مورد طول مدت بیماری، دلایل احتمالی بیماری در ابتدای ابتلا نظرات متفاوتی داشتند. تصور گذرا بودن یا نسبت دادن بیماری به چشم زدن، دعا کردن و موارد این‌چنینی در بین مصاحبه ملاحظه می‌شود. به طور مثال؛ کد ۷: در ابتدا فکر می‌کردم صرفاً یک وضعیتی کاملاً گذراست و ماندگار نیست. کد ۳: اوایل هرکسی یه چیزی می‌گفت. از چشم زخم گرفته تا دعا کردن و زیاد درس خوردن آدم رو این مدلی می‌کنه. همه چیز میگفتن که می‌تونه دلش باشه.

پیگیری درمان بیماری: اشاره به راهبردهای مختلف که یا توسط خود به کار رفته یا خانواده اجرا نموده‌اند، در جریان صحبت‌ها ملاحظه می‌شد. به طور مثال؛ کد ۳: ابتدا فکر می‌کردیم باید بریم زیارت یا مثلاً خانواده‌ی فشار می‌آوردن که تنبلی رو کنار بزار. مادر بزرگم من رو پیش دعانویس می‌برد تا سحر باطل کنه. کد ۶: روان‌پزشک با ما در مورد درمان‌های

دارویی و روان‌درمانی صحبت کرد ولی تأکید کرد که دارو مهم‌ترین قسمت تو درمانه.

(۵) پنجمین مضمون سازمان‌دهنده: مهارت‌های زندگی. این مضمون خود از سه مضمون پایه تشکیل شده است که عبارتند از: حل مسأله، کنترل خشم، و مدیریت استرس.

حل مسأله: یکی از مفاهیمی که در صحبت‌های مشارکت‌کنندگان به وضوح خود را نشان می‌داد، ناتوانی در حل مسأله و متراکم شدن مسائل خرد زندگی و تبدیل شدنشان به مسائل عمده است. به عنوان مثال؛ کد ۷: من هیچوقت یادنگرفته چطور می‌تونم مشکلاتم رو حل کنم. عموماً سعی کردم پا پس بکشم. کد ۲: من عموماً عادت داشتم گره‌هایی که با دست باز می‌شوند رو با دندون باز کنم.

کنترل خشم: در اینجا نگاه داشتن حرمت و حفظ شأن، ارائه خدمات متناسب با برنامه‌ی زمانی مشخص و چارچوب‌ها مفاهیمی برجسته بودند که

در صورت رعایت نشدن، زمینه‌ساز خشم و رفتارهای پرخاشگرانه در فرد می‌شود. به عنوان مثال؛ کد ۷: زمانی که کسی حرفی می‌زند که اینطوری برداشت کنم که جایگاه خود را رعایت نکرده و بی‌ادبی کرده است، دیگر کنترلی بر خود ندارم. کد ۳: من زیاد عصبی می‌شوم. واقعا اگر بخوام یک چیز را در خودم تغییر دهم، همین عصبانیت است.

مدیریت استرس: داشتن بدترین سناریوهای ممکن در ذهن، استرس‌های زیاد بابت ساده‌ترین مسائل و داشتن شخصیتی نگران مفاهیمی مرتبط با مضمون مدیریت استرس بودند. به طور مثال؛ کد ۴: من همیشه استرس داشتم. به ندرت روزی را به یاد دارم که استرس نداشته باشم. بخصوص موقع درس خواندن و امتحان داشتن. کد ۵: من همیشه بدترین‌ها به ذهنم می‌آید. مثلاً فکر می‌کنم الان رئیس من را صدا زده برای این است که در فلان زمینه می‌خواهد بهم تذکر بده.

## جدول ۲. مضامین سازمان‌دهنده، فرعی و پایه

مضامین سازمان‌دهنده	مضامین فرعی	مضامین پایه
سبک زندگی	- برنامه‌ی زندگی	- خواب و بیداری
	- خودتنظیمی بیرونی	- روتین داشتن زندگی
	- مسیر زندگی	- اهداف و ارزش‌های در زندگی
	- تنظیم بیرونی هیجانات	- تبعیت دارویی
	- کامل بودن	- کمال‌گرایی
باورها و شناخت‌های ناکارآمد	- تلاش برای بهترین بودن	- رقابت‌طلبی
	- استقلال‌طلبی افراطی	- بی‌نیازی به دیگری
	- بیش برآورد خطر	- فاجعه‌انگاری
	- ارزشمندی وابسته	- حرمت‌خود وابسته
	- مسئولیت‌پذیری	- فرافکنی مسئولیت خود به دیگری
روابط اجتماعی	- درک شدن	- درک نشدن توسط دیگری
	- سبک ارتباطی ادراک شده‌ی منفی	- طردشدگی
	- سبک ارتباطی ادراک شده‌ی منفی	- تحقیرشدگی
آموزش روانی	- نشانه‌شناسی	- علائم بیماری
	- سبب‌شناسی	- علل بیماری
	- بهبودی	- درمان بیماری
مهارت‌های زندگی	- مسائل و مشکلات زندگی	- حل مسأله
	- عصبانیت و تحریک‌پذیری	- کنترل خشم
	- تنش و تندیگی	- مدیریت استرس

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، استخراج مؤلفه‌های درمان مؤثر اختلال دوقطبی بود. از یافته‌های پژوهش این گونه استنباط شد که مهم‌ترین فاکتورهایی که باید مورد تأکید واقع شود عبارتند از: آموزش روانی، آموزش مهارت‌های زندگی، اتخاذ یک سبک زندگی خاص، اصلاح الگوهای شناختی و باورهای ناکارآمد و در نهایت اصلاح سبک‌های ارتباطی یا باورهای افراد در حوزه روابط بین‌فردی. آموزش روانی مؤلفه‌ی اساسی در اکثر سنت‌های درمانی اختلال دوقطبی است (کلوم و ویتا، ۲۰۰۶؛ باسکو و راش، ۲۰۰۵؛ میکلووتیز، ۲۰۱۴؛ فرانک، سوارتز و کلاپفر، ۲۰۰۰). گروه درمانی آموزش روانی، مهم‌ترین مداخله را افزایش آگاهی بیماران نسبت به بیماری می‌داند و از این رو با تأکید انگ‌زدایی از بیماری تمام تمرکز خود را بر افزایش اطلاعات بیمار نسبت به بیماری می‌گذارد (کلوم و ویتا، ۲۰۰۶). در سایر درمان‌های روانشناختی اعم از درمان شناختی رفتاری، درمان متمرکز بر خانواده و روان‌درمانی بین‌فردی مبتنی بر چرخه‌های اجتماعی نیز بر آموزش روانی به عنوان یک جزء مهم از درمان تأکید می‌شود. آموزش‌های روانشناختی در حوزه‌های مختلفی صورت می‌گیرد. به عنوان مثال در درمان متمرکز بر خانواده محورهای جلسات آموزش روانی حول موضوعاتی چون علائم و سیر اختلال، سبب‌شناسی اختلال دوقطبی و نحوه‌ی اجرا مداخله مبتنی بر مدل آسیب‌پذیری - استرس می‌چرخد (میکلووتیز، ۲۰۰۸). در درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پروتکل باسکو و راش (۲۰۰۵)، از جلسه‌ی اول تا حدوداً جلسات پنجم آموزش‌های روانی حول محورهایی همچون آشنایی با مدل درمان، شناخت بیماری دوقطبی، شناخت داروهای تثبیت‌کننده‌ی خلق با تأکید بر داروهای ضد مانیا، آشنایی دقیق‌تر با داروهای ضد افسردگی، علائم خاص هر بیمار دوقطبی و پایش علائم می‌چرخد. در درمان پیشنهادی فعلی نیز تأکید بر آموزش در حوزه‌های سه‌گانه‌ی علائم، علل و درمان اختلال دوقطبی است.

آموزش مهارت‌های زندگی مؤلفه‌ی دیگری در پژوهش حاضر اهمیت حیاتی آن ملاحظه شد. اهمیت این مؤلفه در پژوهش سایر پژوهشگران نیز مشخص شده بود (باتینیک، دجکیک و اوکیک، ۲۰۲۱؛ پاتینو و دلبلو، ۲۰۲۱). در پروتکل شناختی رفتاری باسکو و راش (۲۰۰۵) در جلسه شانزدهم بر آموزش و تمرین مهارت حل مسئله تأکید می‌شود و در پروتکل درمان شناختی رفتاری اتو و همکاران (۲۰۰۸) در فاز سوم درمان بر مهارت

های اجتماعی، مدیریت خشم و حل مسئله تأکید می‌شود. در درمان متمرکز بر خانواده بر آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر و گوش دادن فعال تأکید می‌شود. زمانی که خانواده در زمینه این مهارت پیشرفت کرد و توانست ارتباطات مؤثری برقرار نماید، به اعضا کمک می‌شود تا بتوانند در کنار هم بتوانند مهارت حل مسئله را هم بیاموزند. در نتیجه درمان متمرکز بر خانواده بر یادگیری مهارت‌های ارتباط مؤثر و حل مسئله تأکید دارد (میکلووتیز، ۲۰۰۸؛ ۲۰۱۴).

شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد یکی دیگر از مؤلفه‌های مهمی است که در جریان پژوهش اهمیت آن برجسته شد. بدنه‌ی اصلی مدل‌های تبیینی بر شناخت‌ها تأکید بسیاری دارد. به عنوان مثال آلوی و همکاران (۲۰۱۸) با مرور تحقیقات به این جمع‌بندی می‌رسند: "در کل، بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که افراد با طیف اختلال دوقطبی در دوره‌ی افسردگی سبک‌های شناختی مشابه یا حتی منفی‌تر از سبک‌های شناختی افراد افسرده و گروه افراد سالم نشان می‌دهند. بیماران هیپومانیک طیف دوقطبی نیز سبک‌های شناختی مثبتی بر روی مقیاس‌های آشکار شناختی نشان می‌دهند، اما شواهد نشان از حضور زیربنایی و ضمنی سبک‌های شناختی منفی دارد (آلوی و همکاران، ۲۰۱۸). در مدل‌های شناختی مختلف بر سازه‌های شناختی متفاوتی تأکید می‌شود. لم، رایت و اسمیت (۲۰۰۴) دریافتند که نمرات فرد دوقطبی در زیرمقیاس "دستیابی به هدف" از مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS-24)، پاور، کاتز، مک‌گافین و همکاران، ۱۹۹۴)، به شکلی مثبت با تعداد دفعات بستری در بیمارستان و دوره‌های خلقی در ارتباط بوده است. گلدبرگ و همکاران (۲۰۰۸) گزارش کردند که نشانگان دوره فعال مانیا به شکل معناداری با نگرش‌های ناکارآمد افراد دوقطبی، در زیرمقیاس‌های تأییدطلبی و ارزیابی عملکرد ارتباط دارد، اگرچه این رابطه در دوره نشانگان فعال افسردگی ملاحظه نشد. اسکات، استاتون، گارلند و فریر (۲۰۰۰)، دریافتند که افراد دوقطبی سطح پایین‌تری از حرمت‌خود، حافظه بیش‌تعمیم‌دهنده، مهارت‌های ضعیف حل مسئله، و سطح بالاتر نگرش‌های ناکارآمد، بخصوص آن‌هایی که مرتبط به نیاز تأیید اجتماعی و کمال‌گرایی است، نشان می‌دهند. بک (۱۹۸۳)، به نقل از کارولان و پاور، (۲۰۱۱)، گزارش می‌کند که افراد در وضعیت مانیا گرایشی به سمت خودمختاری نشان می‌دهند، حال آنکه در وضعیت افسردگی گرایش این افراد به سمت دیگران است. بدنه‌ی تحقیقات بر عامل‌های شناختی همچون سبک‌های

اسنادی (آلوی، ریلی - هارینگتون، فریسکو و همکاران، ۱۹۹۹)، کمال گرای، نقص در مهارت‌های حل مسأله و برافراشتگی نمرات فرد در شاخص‌های جامعه‌گرایی و خودمختاری (لم، برایت، جونز و همکاران، ۲۰۰۰)، و طرحواره‌های ناسازگار (یانگ، ۱۹۹۹) تأکید دارد. اورسوویک و همکاران (۲۰۰۸)؛ به نقل از لوونز، (۲۰۱۰)، سبک پردازشگری "مرتبط با سیستم فعال‌ساز رفتاری" را به عنوان وضع استانداردهای بالا / کمال‌گرایی، بنحوی که فرد به صورت برجسته در مورد عملکردش دغدغه‌مند است، در نظر می‌گیرند. همین امر فرد را به خود انتقادی بالا، مضمونی که در مورد اختلال دوقطبی مورد تأکید بوده است (آلوی و همکاران، ۲۰۰۸؛ فرانسیس - رانییری، آلوی و آبرامسون، ۲۰۰۶) سوق می‌دهد.

زیرمقیاس ضدوابستگی که مفهوم خودمختاری بک (۱۹۸۳)؛ به نقل از کارولان و پاور، (۲۰۱۱) را در بر دارد، گویه‌هایی همچون "من برای شاد بودن نیازی به تأیید دیگری ندارم" را شامل می‌شود. این مدل باورها در افراد دوقطبی که در مرحله تثبیت خلق قرار دارند، نسبت به افراد افسرده در مرحله تثبیت خلق، بیشتر ملاحظه می‌شود (لم و همکاران، ۲۰۰۴). همین مفهوم به شکل مفهوم بی‌نیازی به دیگران در این پژوهش نیز ملاحظه شد. نمره‌ی پایین در طرحواره‌ی رهاشدگی که عبارتی همچون "به قدری به دیگران نیازمندم که نگران از دست دادنشان هستم" در اصل بازتابی از باورهای ضدوابستگی در این افراد است (لم و همکاران، ۲۰۰۴). در مدل طرحواره‌های ناسازگار یانگ، یکی از طرحواره‌هایی که در افراد دوقطبی بیشتر خود را نشان داده می‌دهد مشکل در حوزه‌ی طرحواره‌ی وابستگی است (نیلسون، ۲۰۱۶؛ ۲۰۱۲؛ آک و همکاران، ۲۰۱۲).

یکی از خصوصیات مرکزی در اختلال دوقطبی تغییرپذیری ادراک خود در دوره‌های مختلف بیماری است، بنحوی که در دوره‌های افسردگی حرمت خود کاهش یافته و در دوره‌های مانیا حرمت خود بالا رفته یا به صورت باد کرده است. نابهنجاری در خود مفهومی صرفاً منحصر به دوره‌های اختلال نیست. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که افراد دوقطبی در دوره‌های بهبودی نیز، خودانتقادی بالا (آلوی و همکاران، ۲۰۰۹؛ روزنقارب، بکر، خان و مینتز، ۱۹۹۸)؛ به نقل از دوسینگ، نیلسون، اسویچ‌استراپ و همکاران، (۲۰۱۵)، کمبود حرمت خود (نیلسون، یورگنسن، کریگ و همکاران، ۲۰۱۰)، طرحواره‌های خود ناسازگار (لپسکیلی، هاسیومروگلو، سات‌سیگیل، تراساپر، ۲۰۱۲؛ نیلسون و همکاران، ۲۰۱۰) و یک سازماندهی

قطبی خود (تیلور، مورلی و بارتون، ۲۰۰۷)، نشان می‌دهند. مدل‌های نوظهور شناختی مبتنی بر باورهای فراشناختی و براساس پارادایم تجربه‌گرایی نیز به نوع تفسیر فرد از حالات درونی خود توجه کرده‌اند (منسل و همکاران، ۲۰۰۷). گروه اخیر با عنایت به اینکه فرد در مواجهه با رخداد بیرونی چگونه حالات گذرای درونی خویش را تفسیر می‌کند، و برای مدیریت این حالات چه مدل رفتاری را اتخاذ می‌کند (رفتار کاهنده رفتار افزاینده)، سعی در تبیین اختلال دوقطبی داشته‌اند (منسل و همکاران، ۲۰۰۷). به طور خلاصه این گروه از پژوهشگران با تأکید بر تعبیرهای فاجعه‌انگاره‌ی حالات درونی گذرا، سعی در تبیین اختلال دوقطبی دارند. همانگونه که پژوهش‌های مذکور نشان می‌دهد، شناخت‌هایی چون کمال‌گرایی، بی‌نیازی به دیگران یا ضدوابستگی، حرمت خود وابسته و فاجعه‌انگاری از مواردی هستند که پیشینه‌ی پژوهشی نیز بر آنها تأکید دارد. این پژوهش علاوه بر موارد فوق رقابت‌طلبی را نیز پیشنهاد می‌دهد.

روابط اجتماعی و حوزه‌ی بین‌فردی یکی از موضوعات مهم دیگری است که باید به آن پرداخت. این یافته با یافته‌ی پژوهش‌های دیگران نیز همسویی دارد (سوال و همکاران، ۲۰۲۰؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۲۱). جانوفسکی و همکاران (۱۹۷۰) براساس رفتار افراد دوقطبی ۵ مضمون غالب را بخصوص در دوره‌های مانیا در این افراد مشخص کردند: به بازی گرفتن حرمت خود دیگران، بهره‌برداری کننده از آسیب‌پذیری یا تعارضات دیگران، فرافکنی مسئولیت خود به دیگران، سنجش پیشرونده‌ی محدودیت، بی‌اعتنایی به اعضای خانواده. این مکانیزم‌ها به فرد دوقطبی کمک می‌کنند تا بتوانند از خود مراقبت کنند. با استفاده از آسیب‌پذیری دیگران، فرافکنی مسئولیت و به بازی گرفتن حرمت خود دیگران، فرد دوقطبی نیاز به حرمت خود را ارضا کرده و احساس قدرتمندی می‌نماید. افراد مانیا بعضاً برای این کار موقعیتی فراهم می‌کنند تا فرد مقابل به کمک نیاز داشته باشد و در نتیجه با کمک کردن صرف مقابل و عملاً کنترل کردنش، احساس با کفایت کردن می‌نمایند. بر خلاف افراد افسرده، افراد دوقطبی خوش‌مشربی، خودبزرگ‌بینی، و اقتدار را در روابط نشان می‌دهند. در بعضی زمینه‌ها افراد دوقطبی همچون افراد سالم عملکرد بین‌فردی سالمی از خود نشان می‌دهند. برون‌گرایی در این افراد، بیشتر از افراد افسرده‌ی تک‌قطبی است (هیرسچفیلد، کلرمن، کلر، آدرسن و کلایتون، ۱۹۸۶). یکی از سبک‌های ارتباطی در خانواده‌های افراد دوقطبی سبک ارتباطی منفی (AS) است. طی این سبک

رفتارهای سایر افراد خانواده تند و طردکننده بوده و همین برخوردها زمینه ساز پیش‌آگهی بد بیماری خواهند بود. نکته‌ای که در این پژوهش نیز مشاهده شد. در کل این پژوهش نیز بر مؤلفه‌هایی چون فرافکنی مسئولیت، تحقیرشدگی، طردشدگی و درک نشدن تأکید شده است. در سایر درمان‌های روانشناختی اعم از درمان شناختی رفتاری (باسکو و راش، ۲۰۰۵)، درمان متمرکز بر خانواده (میکلوویتز، ۲۰۰۸، ۲۰۱۴) و روان‌درمانی بین فردی مبتنی بر چرخه‌های اجتماعی (فرانک و همکاران، ۲۰۰۰) صریحاً گام‌هایی به روابط بین فردی اختصاص دارد.

یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم درمانی داشتن سبک زندگی خاص است. در این سبک زندگی بر اهمیت تنظیم برنامه‌ی خواب و بیداری، اتخاذ یک زندگی با روتین مشخص، مشخص کردن و پیگیری اهداف و ارزش‌های شخصی در زندگی، و در نهایت تبعیت دارویی بالا مهم‌ترین مؤلفه‌ها محسوب می‌شوند. تنظیم برنامه‌ی خواب و بیداری در اکثر مدل‌های درمانی و تبیینی مورد تأکید واقع شده است. به عقیده‌ی گروهی از صاحب‌نظران هر عامل تنش‌زایی برای اینکه در نهایت بتواند بر فرد مبتلا به اختلال دوقطبی اثر بگذارد، ابتدا باید چرخه‌ی خواب شبانه‌روزی فرد را مختل نماید (اهلر و همکاران، ۱۹۸۸). یکی از درمان‌های که به مفاهیم مرتبط با سبک زندگی اهمیت بالایی می‌دهد، روان‌درمانی بین فردی مبتنی بر ریتم‌های اجتماعی است. این درمان دارای سه جزء اساسی است: حمایت از تبعیت دارویی بیمار، کمینه کردن تأثیر مخرب حوادث زندگی بر چرخه‌های اجتماعی، و مورد توجه قرار دادن مشکلات بین فردی که در بافت اختلال خلقی بوجود می‌آید (استراکسکی و همکاران، ۲۰۲۰). تبعیت دارویی به قدری اهمیت دارد که مکرراً در جلسات درمان شناختی رفتاری سطح آن مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (باسکو و راش، ۲۰۰۵) و در صورت عدم تبعیت دارویی جلسات درمان متمرکز بر خانواده ادامه داده نخواهد شد (میکلوویتز، ۲۰۰۸؛ ۲۰۱۴). روتین داشتن در زندگی یکی از اهدافی است که با پر کردن برگه‌های سنج‌هی ریتم اجتماعی (SRM)، اسوارتز و همکاران، ۲۰۰۴) و انجام تمرین‌های شناختی رفتاری (باسکو و راش، ۲۰۰۵؛ اتو و همکاران، ۲۰۰۸) دنبال می‌شود.

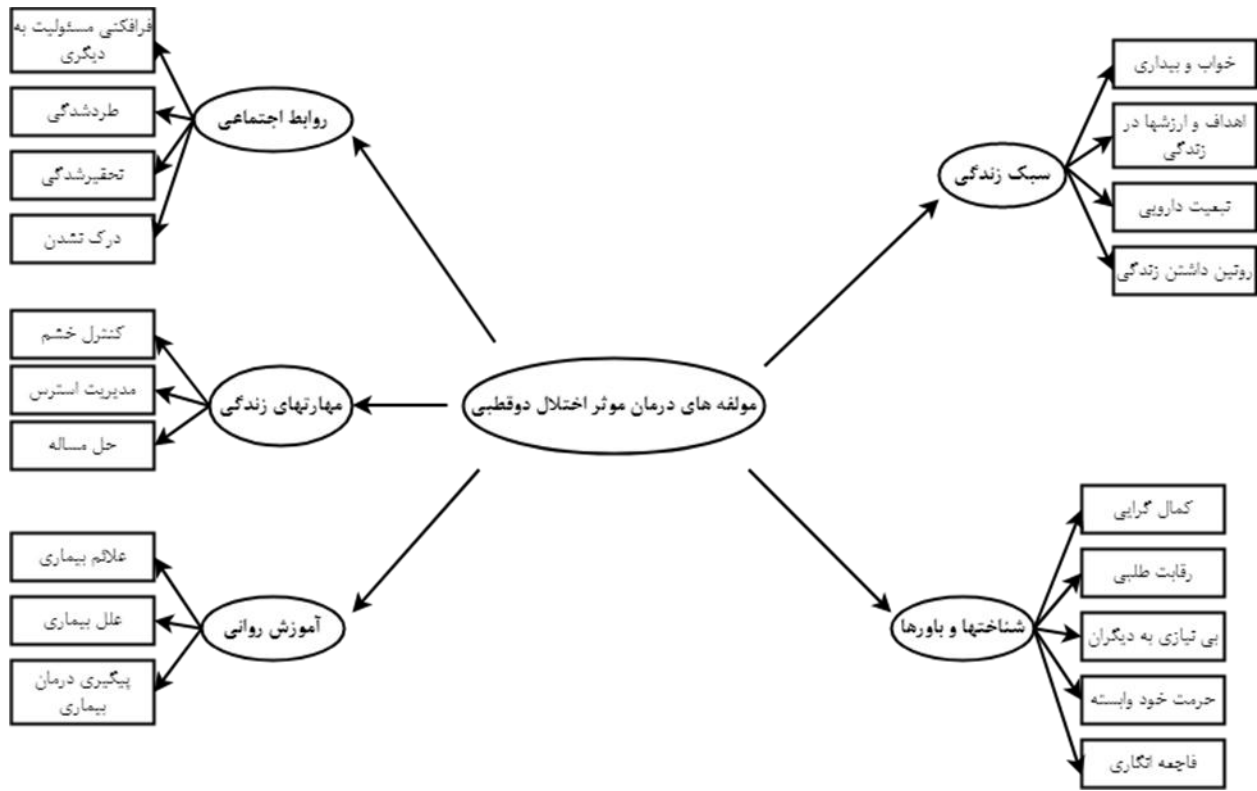
در مجموع این پژوهش بر اهمیت مؤلفه‌هایی چون اصلاح سبک زندگی، روابط اجتماعی، باورها و شناخت‌های ناکارآمد، آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش روانی تأکید می‌کند. انجام پژوهش فعلی بر انجام مداخلات چند محوری و چند سطحی تأکید دارد. نمی‌توان با صرف تغییر در بعدی انتظار تغییرات گسترده در بیماران دوقطبی را داشت. این پژوهش با مشکلاتی روبرو بود. همه‌گیری ویروس کرونا، شرایط را برای مصاحبه‌ها سخت کرده بود، همکاری مراکز درمانی - آموزشی نیز در زمینه‌ی ارائه نمونه به دلیل مسئولیت‌های عدیده محدودیت‌های بسیاری داشت. در صورت همکاری‌های لازم مراکز درمانی پیشنهاد می‌شود که در انتخاب نمونه ملاحظات خاصی اعمال کرده و تمایزگذاری نموده و اثرات آن را بر نتایج پژوهش مشاهده نمایند. پیشنهاد می‌شود مؤلفه‌های درمانی این پژوهش را در طرح‌های آزمایشی مداخلاتی مورد کارآزمایی قرار گرفته تا میزان اثربخشی آن‌ها مورد واکاوی قرار گیرد. پیشنهاد دیگر انجام مطالعات طولی است. استخراج عوامل علی در مطالعات طولی با اطمینان بیشتری می‌تواند انجام شود. از آنجایی که مدل‌های درمانی و تبیینی برای اختلال دوقطبی هنوز در ابتدای مسیر خود قرار دارند، انجام مطالعات کیفی بیشتر لازم و ضروری است.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز است و با کد شناسه IR.SUMS.REC.1400.732 مصوبه اخلاق در پژوهش علوم پزشکی شیراز در تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۱۴ تصویب شده است. **حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی انجام شده است. **نقش هر یک از نویسندگان:** نویسنده اول دانشجو و محقق اصلی پژوهش، نویسنده دوم نویسنده مسئول و استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم اساتید مشاور رساله می‌باشند.

**تضاد منافع:** نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از شرکت‌کنندگان که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.



شکل ۱. شبکه‌ی مضامین پروتکل درمانی اختلال دوقطبی

## References

- Ak, M., Lapsekili, N., Hacıomeroglu, B., Sutçigil, L., & Turkcapar, H. (2012). Early maladaptive schemas in bipolar disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(3), 260-267. [Link]
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., Cogswell, A., Grandin, L. D., Hughes, M. E., ... & Hogan, M. E. (2008). Behavioral approach system and behavioral inhibition system sensitivities and bipolar spectrum disorders: Prospective prediction of bipolar mood episodes. *Bipolar disorders*, 10(2), 310-322. [Link]
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., Gerstein, R. K., Keyser, J. D., Whitehouse, W. G., ... & Harmon-Jones, E. (2009). Behavioral approach system (BAS)-relevant cognitive styles and bipolar spectrum disorders: Concurrent and prospective associations. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 459. [Link]
- Alloy, L. B., Burke, T. A., O'Garro-Moore, J., & Abramson, L. (2018). Cognitive vulnerability to depression and bipolar disorder. In R. L. Leahy (Ed.), *Science and practice in cognitive therapy: Foundations, mechanisms, and applications* (pp. 105-123). Guilford Press. [Link]
- Alloy, L. B., Reilly-Harrington, N., Fresco, D. M., Whitehouse, W. G., & Zechmeister, J. S. (1999). Cognitive styles and life events in subsyndromal unipolar and bipolar disorders: Stability and prospective prediction of depressive and hypomanic mood swings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(1), 21. [Link]
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. [Link]
- Baldessarini, R. J., Pompili, M., & Tondo, L. (2006). Suicide in bipolar disorder: risks and management. *CNS spectrums*, 11(6), 465-471. [Link]
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (2005). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. Guilford Press. [Link]
- Batinic, B., Djokic, V., & Ivkovic, M. (2021). Assessment of Cognitive Function, Social Disability and Basic Life Skills in Euthymic Patients with Bipolar Disorder. [Link]
- Besharat M, Masoudi M, Dehghani S, Motahari S, Pourkhaghan F. Social anxiety symptoms and anger: The mediating role of emotion regulation difficulties. 13 (51) 321-339. 2014. [Link]
- Carolan, L. A., & Power, M. J. (2011). What basic emotions are experienced in bipolar disorder?. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(5), 366-378. [Link]
- Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge University Press. [Link]
- Coryell, W., Solomon, D., Turvey, C., Keller, M., Leon, A. C., Endicott, J., ... & Mueller, T. (2003). The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. *Archives of general psychiatry*, 60(9), 914-920. [Link]
- Dittmann, S., Biedermann, N. C., Grunze, H., Hummel, B., Schäfer, L. O., Kleindienst, N., ... & Walden, J. (2002). The Stanley Foundation Bipolar Network: results of the naturalistic follow-up study after 2.5 years of follow-up in the German centres. *Neuropsychobiology*, 46(Suppl. 1), 2-9. [Link]
- Døssing, M., Nilsson, K. K., Svejstrup, S. R., Sørensen, V. V., Straarup, K. N., & Hansen, T. B. (2015). Low self-compassion in patients with bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, 60, 53-58. [Link]
- Ehlers, C. L., Frank, E., & Kupfer, D. J. (1988). Social zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understanding the etiology of depression. *Archives of general psychiatry*, 45(10), 948-952. [Link]
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1995). *The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II)*. Part I: Description. *Journal of Personality disorders*, 9(2), 83-91.
- Fleck, D. E. (Ed.). (2020). *Bipolar Disorder*. Oxford University Press, USA. [Link]
- Francis-Raniere, E. L., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2006). Depressive personality styles and bipolar spectrum disorders: Prospective tests of the event congruency hypothesis. *Bipolar Disorders*, 8(4), 382-399. [Link]
- Frank, E., Swartz, H. A., & Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological psychiatry*, 48(6), 593-604. [Link]
- Hirschfeld, R. M. A., Klerman, G. L., Keller, M. B., Andreasen, N. C., & Clayton, P. J. (1986). Personality of recovered patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 11(1), 81-89. [Link]
- Homayouni S, Taghavi M.R, Goodarzi M.A, Hadianfard H. The efficacy of emotion focused therapy on worry and self-criticism in individuals with

- generalized anxiety disorder. *J of Psychological Science*. 2022; 21(109): 1-18. [Link]
- Ironside, M. L., Johnson, S. L., & Carver, C. S. (2020). Identity in bipolar disorder: Self-worth and achievement. *Journal of personality*, 88(1), 45-58. [Link]
- Janowsky, D. S., Leff, M., & Epstein, R. S. (1970). Playing the manic game: Interpersonal maneuvers of the acutely manic patient. *Archives of General Psychiatry*, 22(3), 252-261. [Link]
- Jolfaei, A. G., Ghadamgahi, P., Ahmadzad-Asl, M., & Shabani, A. (2015). Comparison of demographic and diagnostic characteristics of Iranian inpatients with bipolar i disorder to western counterparts. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(2). [Link]
- Lam, D. H., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D., & Sham, P. (2000). Cognitive therapy for bipolar illness—a pilot study of relapse prevention. *Cognitive therapy and research*, 24(5), 503-520. [Link]
- Lam, D., Wright, K., & Smith, N. (2004). Dysfunctional assumptions in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 79(1-3), 193-199. [Link]
- Lowens, I. (2010). Compassion focused therapy for people with bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 172-185. [Link]
- Mansell, W., Morrison, A. P., Reid, G., Lowens, I., & Tai, S. (2007). The interpretation of, and responses to, changes in internal states: an integrative cognitive model of mood swings and bipolar disorders. *Behavioural and Cognitive psychotherapy*, 35(5), 515-539. [Link]
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1408-1419. [Link]
- Miklowitz, D. J. (2014). Bipolar disorder. In, DH Barlow. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 462-501. [Link]
- Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Wisniewski, S. R., Kogan, J. N., ... & Sachs, G. S. (2007). Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Archives of general psychiatry*, 64(4), 419-426. [Link]
- Nilsson, A. K. K., Jørgensen, C. R., Straarup, K. N., & Licht, R. W. (2010). Severity of affective temperament and maladaptive self-schemas differentiate borderline patients, bipolar patients, and controls. *Comprehensive Psychiatry*, 51(5), 486-491. [Link]
- Nilsson, K. K., Halvorsen, M., & Straarup, K. N. (2012). Self-schematic differences between bipolar disorder and major depressive disorder. [Link]
- Otto, M., Reilly-Harrington, N., Kogan, J. N., Henin, A., Knauz, R. O., & Sachs, G. S. (2008). *Managing bipolar disorder: a cognitive behavior treatment program*. Oxford University Press. [Link]
- Packer-Muti, B. (2009). A review of Corbin and Strauss' Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. *The Qualitative Report*, 14(2), 140-143. [Link]
- Patino, L. R., & DelBello, M. P. (2021). Irritability, anger, and aggression in the context of pediatric bipolar disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 30(3), 561-571. [Link]
- Post, R. M., & Leverich, G. S. (2006). The role of psychosocial stress in the onset and progression of bipolar disorder and its comorbidities: the need for earlier and alternative modes of therapeutic intervention. *Development and psychopathology*, 18(4), 1181-1211. [Link]
- Post, R. M., Denicoff, K. D., Leverich, G. S., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Suppes, T. M., ... & McElroy, S. L. (2003). Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method. *The Journal of clinical psychiatry*, 64(6), 0-0. [Link]
- Power, M. J. (2005). Psychological approaches to bipolar disorders: A theoretical critique. *Clinical Psychology Review*, 25(8), 1101-1122. [Link]
- Power, M. J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C. F., Lam, D., & Beck, A. T. (1994). The Dysfunctional Attitude Scale (DAS): A comparison of forms A and B and proposals for a new subscaled version. *Journal of research in personality*, 28(3), 263-276. [Link]
- Samadzade N, Hashemi NosratAbad T, Mahmoud Alilou M, Bayrami M. Evaluation of psychometric properties of emotional styles questionnaire (ESQ). *J of Psychological Science*. 2022; 21(109): 19- 32. [Link]
- Scott, J., Stanton, B., Garland, A., & Ferrier, I. N. (2000). Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychological medicine*, 30(2), 467-472. [Link]
- Sewall, C. J. R., Goldstein, T. R., Salk, R. H., Merranko, J., Gill, M. K., Strober, M., ... & Birmaher, B. (2020). Interpersonal relationships and suicidal



- ideation in youth with bipolar disorder. *Archives of Suicide Research*, 24(2), 236-250. [[Link](#)]
- Smyth, K., Salloum, A., & Herring, J. (2021). Interpersonal functioning, support, and change in early-onset bipolar disorder: a transcendental phenomenological study of emerging adults. *Journal of Mental Health*, 30(1), 121-128. [[Link](#)]
- Swartz, H. A., Frank, E., Spielvogel, H. N., & Kupfer, D. J. (2004). Interpersonal and social rhythm therapy. *Mood Disorders*, 275. [[Link](#)]
- Taylor, J. L., Morley, S., & Barton, S. B. (2007). Self-organization in bipolar disorder: Compartmentalization and self-complexity. *Cognitive Therapy and Research*, 31(1), 83-96. [[Link](#)]
- Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange. [[Link](#)]