

## تأثیرات اختلال خلقی دوقطبی II مردان بر روابط زناشویی از دیدگاه همسر: یک مطالعه کیفی

### The Effects of Men's Bipolar Mood Disorder Type II on Marital Relationships from the Spouse's Perspective: A Qualitative Study

**M. Arabvarnousfaderani, Ph.D.**

Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**M. Fatehizade, Ph.D.**

Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**F. Bahrami, Ph.D.**

Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**R.S. Jazayeri, Ph.D.**

Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**A. Ebrahimi, Ph.D.**

Psychosomatic Research Center Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

دکتر مصطفی عرب‌ورنوسفادرانی

گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

دکتر مریم فاتحی‌زاده ✉

گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

دکتر فاطمه بهرامی

گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

دکتر رضوان السادات جزایری

گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

دکتر امرالله ابراهیمی

مرکز تحقیقات روان‌تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دریافت مقاله: ۹۵/۱۱/۱۵

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۶/۶/۲۸

پذیرش مقاله: ۹۶/۷/۱۶

#### Abstract

The aim of this study was to determine the effects of males' bipolar disorder type II on marital relationship from their wives' perspective. This study was conducted with a qualitative research approach and thematic analysis. Data were collected through unstructured interviews with a purposive sampling of a husband with bipolar disorder and his wife and continued until data saturation (10 couples).

✉ Corresponding author: Department of Counseling Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.  
Email: [m.fatehizade@edu.ui.ac.ir](mailto:m.fatehizade@edu.ui.ac.ir)

#### چکیده

این پژوهش با هدف تبیین تأثیرات اختلال خلقی دوقطبی II بر روابط زناشویی مردان از دیدگاه همسر انجام شد. این مطالعه با رویکرد تحقیق کیفی و با روش تحلیل مضمون (تماتیک) انجام گردید. از طریق مصاحبه‌های بدون ساختار و با نمونه‌گیری هدفمند جمع‌آوری داده‌ها با یک بیمار دوقطبی و همسر بیمار شروع شد و تا اشباع داده‌ها (۱۰ زوج) ادامه یافت.

✉ نویسنده مسئول: اصفهان، دروازه شیراز، دانشگاه اصفهان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه مشاوره  
پست الکترونیکی: [m.fatehizade@edu.ui.ac.ir](mailto:m.fatehizade@edu.ui.ac.ir)

Data analysis and comparison was performed continuously and synchronized with data collection and sampling. During the data analysis process, there were four main themes (escape balance, irritability, insecurity and management weakness). These themes show the effects of bipolar disorder on marital relationships. According to the results, the effects of bipolar disorder on marital relationships lead to crisis and serious harm in the family. Therefore, the knowledge of the effects of bipolar disorder with the theories expressed from the experiences of the spouse can be used in the treatment, care, counseling and education programs for the patient and family by specialists in the field of health, treatment, family, nursing, as well as by counselors and psychologists.

**Keywords:** Bipolar Mood Disorder, Marital Relationship, Divorce.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به طور مستمر همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و به صورت مقایسه‌ای انجام گردید. طی فرآیند تحلیل داده‌ها چهار مضمون فراگیر (تبادل‌گریزی، تحریک‌پذیری، بی‌مبالاتی و ضعف مدیریت) قرار گرفتند. این مضمون‌ها بیانگر تأثیرات اختلال دوقطبی بر روابط زناشویی است. طبق نتایج، تأثیرات اختلال دوقطبی بر روابط زناشویی به بحران و آسیب‌های جدی در خانواده منجر می‌گردد؛ بنابراین آگاهی از تأثیرات اختلال دوقطبی با مضمون‌های بیان شده از تجربیات همسر می‌تواند در برنامه‌های درمان، مراقبت، مشاوره و آموزش به بیمار و خانواده مورد استفاده متخصصان حوزه سلامت، درمان، خانواده، پرستاری، مشاوران و روان‌شناسان قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال خلقی دو قطبی، روابط زناشویی، طلاق.

## مقدمه

اختلالات خلقی گروهی از اختلالات بالینی هستند که مشخصه آن‌ها، احساس تسلط از بین رفته فرد و رنج و عذابی عظیم است. معیارهای تشخیص برای اختلال خلقی دوقطبی II این است که طی دوره مشخصی که حداقل چهار روز به طول می‌انجامد، خلق به شکلی غیرطبیعی و مداوم بالا، گشاده یا تحریک‌پذیر باشد؛ گشاده‌خویی<sup>۱</sup>، پرش افکار<sup>۲</sup>، کاهش خواب، افزایش اعتماد به نفس و افکار خودبزرگ‌بینانه بعضی از علائمی است که در حالت هیپومانیا؛ اختلال خلقی دوقطبی II دیده می‌شود. شیوع بین‌المللی ۱۲ ماهه اختلال خلقی دوقطبی II ۰/۳ درصد است (سادوک و سادوک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). از نظر سبب‌شناسی؛ عوامل زیستی، عوامل ژنتیک، عوامل روانی و عوامل اجتماعی در بروز این اختلال دخیل‌اند که از این میان موضوع تأثیر اختلال دوقطبی بر روابط زناشویی از دیدگاه همسر مورد توجه پژوهش حاضر قرار گرفته است.

پدیده طلاق یک بحران حاد خانوادگی و اجتماعی است که اغلب به عنوان یک حادثه تنش‌زا باعث فروپاشی خانواده و در هم شکسته شدن بهداشت روانی اعضای آن می‌شود (گاتمن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸). در آمریکا سالانه دوسوم ازدواج‌ها به طلاق می‌انجامد، در ایران ۸۰ میلیونی حدود ۱۵۰ هزار طلاق در سال به وقوع می‌پیوندد که این میزان نسبت به جمعیت تقریباً برابر با میزان طلاق در سه کشور اصلی اروپای غربی فرانسه و آلمان و انگلیس است (محمدی و همکاران<sup>۵</sup>، ۱۳۹۵). هرچند طلاق علل متعددی دارد و هرگز یک علت را نمی‌توان به عنوان علت اصلی طلاق در نظر گرفت، اما پژوهشگران مهم‌ترین علل طلاق را علل روانی بیان

نموده‌اند (بوله‌ری و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۳۹۱). در این بین زوج‌هایی که به اختلال دوقطبی مبتلا هستند، اغلب تعارضات زناشویی در آن‌ها دیده می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳). این تعارضات آمار طلاق را در مبتلایان به اختلال دوقطبی تا سه برابر نسبت به دیگر اقشار جامعه افزایش داده است (افشار، مسائلی، برکتین و کیانی<sup>۸</sup>، ۱۳۸۷).

نیکولز، شوارتز و مینوچین<sup>۹</sup> معتقدند قوام و دوام خرده‌نظام همسران شاه‌کلید ثبات خانواده است. بدکارکردی عملکرد خانواده حکایت از آن دارد که اگر قواعد حاکم بر تبادل‌های بین‌فردی در خانواده انعطاف‌ناپذیر باشد، در صورت وجود تغییر یا یک بحران ساده، با مشکل مواجه می‌شوند (نیکولز و همکاران، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۱).

نظریه‌پردازان و پژوهشگران درمان‌های بین‌فردی مانند وایسمن، مارکوویتز و کلرمن<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۰) معتقدند رخداد اختلال‌ها در بافت روابط بین‌فردی است و روابط بین‌فردی بر خلق و همه رفتارهای انسان تأثیرگذار است و خلق نیز بر چگونگی اجرای نقش‌ها اثرگذار است (پروچسکا و نورکراس<sup>۱۱</sup>، ترجمه آوادیس‌یانس، ۱۳۹۱؛ میکلوویتز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۶). هم‌چنین محققان درمان بین‌فردی و تنظیم ریتم اجتماعی<sup>۱۳</sup> (IPSRT) مانند فرانک و همکاران<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۵) معتقدند برای درمان اختلال خلقی دوقطبی در مرحله اول هدف پیشگیری از وقوع یا عود مرحله جدید بیماری است. این رویکرد به عنوان جنبه عملی درمان بین‌فردی و ریتم اجتماعی کفایت لازم را برای درمان اختلالات دوقطبی نشان داده است و با تمرکز بر مشکلات بین‌فردی و تغییرات ریتم اجتماعی سعی دارد بر اساس فراوانی و شدت عوامل تنش‌زا، روابط بین‌فردی بر روی خلق بیمار را با تنظیم شیوه فعالیت روزانه کاهش دهد و مسیری را پیگیری کند که بیمار دوقطبی بتواند احساسات و شناخت در مورد اختلال و آنچه از تأثیر این اختلال از دست داده است را بهتر بشناسد و شناخت لازم را از این‌که این اختلال چگونه زندگی آن‌ها را دگرگون کرده است، بهتر درک کند.

عملکرد خانواده یکی از شاخص‌های مهم تضمین‌کننده کیفیت زندگی و سلامت روانی خانواده است. بیمار دوقطبی به دلیل نوسانات خلق و بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، عدم درک از خود و رابطه منفی عملکرد خانواده را مختل می‌کند و باعث کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی II، نشان داد که کیفیت زندگی اشخاص مبتلا به این اختلال نسبت به افراد دیگر متفاوت است و سبک عملکرد آن‌ها نسبت به دیگران پایین‌تر است؛ حتی زمانی که این افراد در یکی از فازهای ثبات قرار دارند، عملکرد پایینی دارند (راجکوپالن و همکاران<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۶؛ سیلویا و همکاران<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۷؛ طوبایی، هادی، هدایتی و منتظری<sup>۱۷</sup>، ۱۳۹۱). پژوهش محققان نشان داد علاوه بر تأثیرات منفی بر همسر، مشکلات رفتاری در فرزندان مبتلا به اختلال دوقطبی بیشتر از کودکان دیگر است (پناغی، حکیم شوشتری، شرفی و عباسی<sup>۱۸</sup>، ۱۳۸۸).

بسیاری از همسران بیماران دوقطبی استرس‌های ناخواسته و تهدیدکننده همراه با ترس و اضطراب را تجربه می‌کنند. همسران بیماران دوقطبی ناخواسته با فداکاری، مسئولیت مراقبت سنگین بیمار را متحمل می‌شوند. این اختلال در اغلب خانواده‌ها به طوری شرایط زندگی آن‌ها را دستخوش تغییر کرده است که مراقبت‌کننده به دلیل رفتارهای آزاردهنده غیر قابل کنترل در روابط بین‌فردی و اجتماعی، هر لحظه در

شرایط تنش‌زا و مواجهه با بحران قرار می‌گیرد (گرانک، دانان، برسودسکی و اوشر<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۶؛ شمسایی، محمدخان کرمانشاهی و ونکی<sup>۲۰</sup>، ۱۳۹۱).

به نظر می‌رسد در زمینه درمان اختلال دوقطبی به دلیل شرایط حساس و عودهای مکرر، دستیابی بیماران و همسران به منابع متفاوت باشد. زوج‌هایی که درگیر اختلال دوقطبی هستند، از زمان تشخیص دوقطبی و نیاز به درمان‌های فردی و زوجی، زمان نگران‌کننده و ناامنی را می‌گذرانند، بیمار دوقطبی با استرس‌های بحران‌های حل نشده، تغییر نقش اجتماعی، نزاع‌های بین‌فردی (در روابط با همسر و فرزند والدین)، انزوای شدید با بیشترین نارضایتی و شکایت‌های جسمانی مواجه است (هوبرگ، پونتو، نلسون و فریه<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۳). به مشکلات بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی با دیدگاه‌های مختلف پرداخته شده است. برخی محققان روی مفاهیم و برخی سعی کرده‌اند از منظر بیماران و همسران مشکلات آن‌ها را مورد بررسی قرار دهند (گرانک و همکاران، ۲۰۱۶؛ پرلیک و همکاران<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۰) با این حال شکاف‌هایی از آن باقی مانده و مشکلات زناشویی زوج‌هایی که مردان‌شان مبتلا به اختلال دوقطبی است، نیاز به شناسایی و توصیف دارد. از سویی بررسی تأثیرات اختلال دوقطبی مردان متأهل بر روابط زناشویی بر اساس تجارب همسر محدود انجام شده است و چون این موضوع برای درمانگران، پرستاران، مشاوران و متخصصان حوزه خانواده حائز اهمیت بوده و شناسایی این منابع می‌تواند در برنامه‌های درمانی فردی و بین‌فردی، مراقبتی و زوج‌درمانی کمک نماید، بنابراین مطالعه با هدف کشف تأثیرات اختلال دوقطبی مردان متأهل بر روابط زناشویی از دیدگاه همسر طراحی و انجام شد.

## روش

هدف مطالعه حاضر، تبیین تأثیر اختلال خلقی دوقطبی II بر روابط زناشویی مردان از دیدگاه همسر بود. برای دستیابی به این هدف از روش کیفی تحلیلی مضمون<sup>۲۳</sup> استفاده شد. تحلیل مضمون تحلیلی است مبتنی بر استقرای تحلیلی که در آن محقق از طریق طبقه‌بندی داده‌ها و الگویابی درون داده‌ای و برون داده‌ای، به یک سنخ‌شناسی تحلیلی دست می‌یابد (کالوین، گافنی، کور، مایز و هاردیمن<sup>۲۴</sup>، ۲۰۱۷؛ گرافت، کریستنسن، پولسن و اگرود<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۷؛ گوئیست، مک کوپین و نامی<sup>۲۶</sup>، ۲۰۱۲).

محیط پژوهش این مطالعه، مراکز مشاوره خانواده و خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان بود. نمونه‌گیری به صورت آگاهانه مبتنی بر هدف شروع شد. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از هر مصاحبه، راهنمایی برای مصاحبه بعدی بوده و بدین ترتیب نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. در این مطالعه از مصاحبه ۱۰ به بعد داده‌ها، یا کد جدید حاصل نشد و یا کدهای قبلی تکرار می‌گردید.

ملاک انتخاب شرکت‌کننده در مطالعه همسران بیماران خلقی دوقطبی II بودند که بیمار آن‌ها بر اساس معیارهای DSM-5 توسط متخصص بالینی تشخیص اختلال خلقی دوقطبی II داشت و در معرض طلاق بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به صورت هدفمند، داوطلبانه انتخاب شدند (جلالی<sup>۲۷</sup>، ۱۳۹۱). معیارهای ورود به مطالعه: همسر بیمار مرد دوقطبی، عدم ابتلا به سایر اختلالات محور ۱، عدم وجود علائم سایکوتیک و داشتن تجربه کافی در زندگی مشترک با بیمار دوقطبی. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: عدم همکاری با گروه مصاحبه‌گر. هر جلسه مصاحبه به طور متوسط بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه به

طول انجامید، از همه شرکت‌کننده‌ها اجازه ضبط آگاهانه برای مصاحبه آن‌ها گرفته شد و بر محرمانه بودن نام شرکت‌کنندگان تأکید گردید، زمان و جلسات مصاحبه تا رسیدن به مرحله اشباع داده‌ها<sup>۲۸</sup> ادامه یافت. مراحل کار به صورت مختصر: ۱- پیاده‌سازی: مصاحبه‌های ضبط شده، کلمه به کلمه تایپ شدند ۲- خواندن متن مصاحبه‌ها و آشنایی با متن: متون مورد نظر، چندین مرحله بازخوانی شد تا فهم کلی از مطالب موجود حاصل آید ۳- جداسازی متن بر اساس جملات، سطور یا پاراگراف‌ها: متون مصاحبه برحسب موضوع و محتوایی که ارائه شد، به صورت سطر به سطر، جمله به جمله و پاراگراف به پاراگراف، جداسازی شد ۴- اتصال یک کد مفهومی (عبارت مفهومی) به هر یک از سطرها، جملات یا پاراگراف‌ها (که حاوی متن خام مصاحبه‌ها بود). ۵- انجام مراحل سه‌گانه کدگذاری بر اساس روش تحلیل مضمون (تماتیک): الف. مضامین اصلی؛ ب. مضامین سازمان‌دهنده؛ ج. مضامین فراگیر.

ابزار پژوهش عبارت بود از ضبط صوت دیجیتال و نرم‌افزار تحلیل کیفی<sup>۲۹</sup>. نمونه‌ای از سؤالات مطرح شده در مصاحبه‌ها: ۱- شما به عنوان همسر بیمار مشکلات زناشویی خود را چگونه تعریف می‌کنید؟ ۲- بیماری همسرتان چه تأثیری بر روابط زناشویی شما دارد؟

برای اجرای ملاحظات اخلاقی پژوهش از همه شرکت‌کنندگان داوطلب، رضایت‌نامه آگاهانه به صورت کتبی اخذ شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که مشخصات فردی آن‌ها محرمانه خواهد بود و شرکت در این پژوهش برایشان هیچ‌گونه خطر و تهدیدی ندارد؛ همچنین شرکت‌کنندگان از طول مدت مصاحبه، مدت پژوهش، روش به کار گرفته شده، فواید و زیان‌های احتمالی و نحوه گزارش نتایج پژوهش آگاه شدند. برای اطمینان از روایی و پایایی داده‌های کیفی از معیارهای دقت علمی مانند اعتبار<sup>۳۰</sup>، قابلیت اعتماد<sup>۳۱</sup> یا حسابرسی، تناسب<sup>۳۲</sup> و قابلیت تأیید<sup>۳۳</sup> گوبا و لینکلن استفاده شد (گوبا و لینکلن<sup>۳۴</sup>، ۱۹۹۴). یکی از روش‌های افزایش اعتبار داده‌ها، درگیری طولانی‌مدت و مشاهده مداوم<sup>۳۵</sup> است که در پژوهش حاضر پژوهشگر به مدت ۱۷ ماه به طور کامل با مشارکت‌کنندگان ارتباط صحیح و مناسب برقرار نمود و در این مدت بخشی از مصاحبه همراه با کدهای اولیه در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت تا میزان ایده‌های استخراج شده محقق از داده‌ها با نظر مشارکت‌کنندگان مقایسه گردد. همچنین در طول مطالعه تمامی متن مصاحبه‌ها توسط پژوهشگران با سابقه تحقیق کیفی مورد بازبینی قرار گرفت و از سویی با قرار دادن بخش‌های مختلف داده‌ها در اختیار پنج نفر از اعضای هیأت علمی متخصص بالینی و خانواده و آشنا با تحقیق کیفی و مقایسه نظرات تفسیری آن‌ها تأییدپذیری داده‌ها مهیا شد. محقق برای حسابرسی، مراحل اجرای تحقیق را به طور دقیق ثبت و گزارش نمود تا امکان ادامه و پیگیری برای سایر محققان فراهم شود. جهت معیار تأییدپذیری پس از جمع‌آوری داده‌ها و کدگذاری و مقوله‌بندی تحلیل تماتیک با روش توصیفی؛ از نوع آزمون‌سازی، تهیه ابزار محقق ساخته مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت پرسش‌نامه‌ای برای سنجش مقیاس مشکلات زناشویی مردان مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی II با ۶۵ گویه طرح گردید و پس از تأیید پنج نفر از اعضای هیأت علمی روی ۶۰ نفر که مردان‌شان به اختلال دوقطبی II مبتلا بودند، اجرا شد. با محاسبه آلفای کرونباخ توسط نرم‌افزار SPSS برای تعیین اعتبار در پژوهش حاضر از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و ضریب همسانی درونی آزمون محقق ساخته برابر با ۰/۹۵ برآورد شد.

## یافته‌ها

داده‌های جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ها شامل ۱۰ زن متأهل (با میانگین سنی ۴۰ در محدوده ۳۰-۴۸ سال) که همسران‌شان مبتلا به اختلال دوقطبی II (با میانگین سن ۴۵ سال در محدوده ۳۵-۵۵ سال) و با تجربه زندگی مشترک (میانگین ۱۵ سال مراقبت و محدوده ۵-۲۸ سال) دارای فرزند (میانگین ۲ فرزند در محدوده صفر تا ۳ فرزند) را نشان می‌دهد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ها

مشخصات		بیمار	همسر بیمار
جنس	مرد	۱۰	
	زن		۱۰
میانگین سن (سال)		۴۵	۴۰
دامنه تغییرات سن (سال)		۳۵-۵۵	۳۰-۴۸
تحصیلات	دبیرستان	۷	۶
	فوق دیپلم	-	۲
	لیسانس	۲	۲
	فوق لیسانس	۱	-
میانگین مدت ازدواج (سال)		۱۵	
دامنه تغییرات (سال)		۵-۲۸	
شغل	خانه‌دار	-	۶
	آزاد	۴	۳
	بیکار	۲	-
	استخدام	۲	۱
میانگین تعداد فرزندان		۲	
دامنه تغییرات		۰-۳	

نقل‌قول‌های همسران تأثیرات اختلال دوقطبی بر روابط بین‌فردی بیمار را نشان می‌دهد که به چهار دسته مضمون‌های فراگیر، «تعادل‌گریزی» و «تحریک‌پذیری»، «ضعف مدیریت» و «بی‌مبالاتی» تقسیم شدند و هر کدام از آن‌ها چندین مضمون سازمان‌دهنده و اصلی را شامل می‌شود (جدول ۲).

جدول ۲: دسته‌بندی مضمون (تعادل‌گریزی، ضعف مدیریت، تحریک‌پذیری، بی‌مبالاتی و لاقیدی)

### مشکلات بین‌فردی از دیدگاه مراقبت‌کننده‌ها

مضمون فراگیر	مضمون سازمان‌دهنده و اصلی	نقل‌قول‌ها
تعادل‌گریزی و بی‌ثباتی	مشکلات شغلی	<ul style="list-style-type: none"> <li>رفت راننده بیابان شد از صبح ساعت ۶ تا شب ۱۸ ساعت کار می‌کرد.</li> <li>چندین مرتبه تاکنون شغلش را تغییر داده است بیشتر وقت‌ها بیکار است.</li> <li>فرصت‌های شغلی مهم که برایش تعیین‌کننده است را به راحتی از دست می‌دهد.</li> <li>اهداف نیم‌خورده پروژه‌های ناتمام زیاد دارد که آن‌ها را رها نموده است.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• بسیار پرحرف است و مرتب موضوع صحبت‌هایش را عوض می‌کند.</li> <li>• هر چیزی را بدون فکر به طرف مقابل می‌گوید.</li> </ul>	<p>گفتار تکانشی و شاخه به شاخه</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ناگهان عصبی می‌شود بلافاصله آرام می‌شود</li> <li>• به شدت از یک نفر در حد فرشته تعریف می‌کند؛ و در زمان دیگر کاملاً عکس عمل می‌کند.</li> <li>• بلندپروازی می‌کرد این هفته برای من انگشتر می‌خرید هفته بعد می‌فروخت.</li> </ul>	<p>نوسان هیجانی و رفتاری</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• خیلی برنامه‌های آرمانی و بلندمدت برای آینده دارد ولی هیچ کدام آن‌ها عملی نیست.</li> <li>• وقتی به‌هم‌ریخته بود انتظار داشت دورش راه بروم و به او توجه کنم.</li> <li>• وقتی که مستاصل و ناامید می‌شود با من موافق است.</li> <li>• گریه‌های همسر را فیلم و توجه‌طلبی می‌داند و او را شخصیت وابسته می‌داند.</li> </ul>	<p>عدم اقتناع شدگی</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• از نظر تیپ و ظاهر خودش را نسبت به همه اطرافیان بالاتر و خوش‌تیپ‌تر می‌داند.</li> </ul>	<p>خودمداری افراطی</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• خودش را عقل کل می‌داند. همیشه خود را از همسرش فهمیده‌تر و داناتر می‌داند.</li> </ul>	<p>هدیان بزرگ‌منشی</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• خودسر است و هرکاری را خودش بخواهد انجام می‌دهد. هر اعتراضی که بهش بشه ناراحت می‌شه.</li> <li>• گاهی وقتی برای کار می‌رود شدیداً کار می‌کند؛ ۱۲ یا ۱۸ ساعت کار در روز.</li> <li>• نسبت به وضعیت سلامتی خودش شدیداً نگران است؛ هم از لحاظ روحی و هم لحاظ جسمی.</li> </ul>	<p>خودرایی و انتقادناپذیری</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• بدانگاری و سوءظن دارد، می‌گوید دیگران بدی او را می‌خواهند.</li> <li>• خودش را قربانی بدبختی می‌داند که دیگران باعث شده‌اند.</li> <li>• نسبت به حرف دیگران خیلی خوش‌باور است و گول می‌خورد.</li> <li>• به جز خانواده خود دوستی‌های افراطی دارد و با هر کس صمیمی می‌شود خیلی افراط می‌کند.</li> </ul>	<p>بی‌ثباتی در روابط</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• دو مرتبه اقدام به خودکشی داشته و در بیمارستان بستری بوده است.</li> <li>• چند سال بود که مواد مخدر مصرف می‌کرد. سیگار می‌کشید.</li> <li>• با ته سیگار بعضی از جاهای دستش را سوزانده است.</li> <li>• شب‌ها خواب ندارد/ خواب کم دارد و خوابش نمی‌برد/ روزها تا دیروقت خواب است.</li> </ul>	<p>آسیب‌گرایی (تمایل به رفتار آسیب‌زا)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• هرگاه باردار می‌شدم، به جای این‌که کمک کند با بهانه‌گیری اوقات‌مان را تلخ می‌کرد.</li> <li>• با من مثل غریبه‌هاست و هیچ‌گاه از من دفاع نمی‌کند.</li> <li>• امور خانه و مسائل مالی را بر عهده پسرانم گذاشته است.</li> <li>• رابطه جنسی یک طرفه دارد یعنی من باید در خدمت او باشم.</li> <li>• نسبت به مدرسه بچه‌ها هیچ‌گونه احساس مسئولیتی نداشت.</li> </ul>	<p>نقش‌گریزی (درون خانوادگی)</p>	<p>ضعف مدیریت</p>

## ادامه جدول ۲

<ul style="list-style-type: none"> <li>• بی‌جهت و بی‌دلیل مرغوب‌ترین زمین و خانه را به قیمت پایین فروخت. با پول زمین و خانه و پول کامیون سرمایه‌گذاری نابخردانه نمود که مدتی بعد ورشکست شد.</li> <li>• بی‌حساب و کتاب و مشورت همه پولش را خرج می‌کند.</li> </ul>	ضعف اثربخشی اقتصادی	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• دست بزن دارد، من را کتک می‌زند.</li> <li>• به دفعات بچه‌ها را کتک زده است.</li> </ul>	خشونت جسمی	تحریک‌پذیری بالا
<ul style="list-style-type: none"> <li>• با همه ناسازگار است.</li> <li>• با همه مشکل دارد. به من، به فرزندانم و همه اعضا خانواده‌ام توهین می‌کند.</li> <li>• قهر می‌کند، بحران به وجود می‌آورد و قادر به حل آن نیست.</li> <li>• سریع عصبانی می‌شود و بددهانی می‌کند و بلافاصله پشیمان می‌شود.</li> </ul>	برانگیختگی عصبی	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• رفتارهای مشکوک و تلفن‌های مشکوک دارد و با تأخیر به خانه می‌آید.</li> <li>• خیلی راحت با دروغ رفتارهای خیانت‌آمیز خودش را توجیه می‌کند.</li> <li>• در کمال ناباوری یک روز یک زن را به خانه آورد!</li> <li>• در بهترین حالت‌های روابط جنسی فکر و حواسش جای دیگر است و در فکر دیگری است.</li> <li>• فراوان دروغ می‌گوید.</li> </ul>	بی‌مبالاتی و بی‌ملاحظگی جنسی	بی‌مبالاتی و لاقیدی
<ul style="list-style-type: none"> <li>• رانندگی خوبی ندارد ماریج می‌رود و یک مرتبه با ماشین چپ کرد.</li> <li>• از تمام بانک‌ها و قرض‌الحسنه‌ها وام گرفته است و در پرداخت اقساط مشکل دارد.</li> </ul>	بی‌مبالاتی اجتماعی و قانونی	

مضمون فراگیر «تعادل‌گریزی»: این مضمون از هفت مضمون سازمان‌دهنده تشکیل شده است: ۱. بی‌ثباتی و فرصت‌سوزی و کارهای نیمه‌تمام شغلی که از نقل قول‌های بیمار (گاهی روزانه ۱۸ ساعت کار می‌کند و یا این‌که فرصت‌های مهم شغلی را به راحتی از دست می‌دهد) به دست آمده است. ۲. گفتارهای تکانشی و شاخه به شاخه مثل (پرحرفی و تغییر مکرر موضوع صحبت)؛ ۳. نوسان هیجانی و رفتاری شامل بی‌ثباتی هیجان و رفتار است که نقل قول‌های (ناگهان عصبانی می‌شود و زود پشیمان) آن را تشکیل می‌دهد. ۴. عدم اقناع‌شدگی که منظور کمال‌گرایی و متوقع بودن است و نقل قول‌های (بلندپرواز است و توقع دارد مرتب دور و برش راه بروم) آن را تشکیل می‌دهد. ۵. خودمداری افراطی شامل هذیان بزرگ‌منشی، خودرایی و انتقادناپذیری، انرژی بالا و نگران سلامت خود است که از جملات (خودش را نسبت به همه اطرافیان بالاتر می‌داند و خودش را عقل کل می‌داند و خودسر است و نسبت به وضعیت سلامتی خودش شدیداً نگران است) تشکیل گردیده است. ۶. بی‌ثباتی در روابط شامل غیرگریزی افراطی، اعتماد بیش از حد به دیگران و توجه افراطی به دیگران به جز خانواده خود است که از جملات (به دیگران سوءظن دارد، خودش را قربانی بدی دیگران می‌داند و گول می‌خورد و دوستی‌های افراطی دارد) تشکیل شده است. ۷. مضمون سازمان‌دهنده آسیب‌گرایی یا تمایل به رفتار آسیب‌زا شامل اقدام به خودکشی، سوءمصرف مواد، خودآزاری جسمی، اختلال در خواب که نقل قول‌های (اقدام به خودکشی داشته است، مواد مخدر مصرف می‌کرد و خواب ندارد) آن را تشکیل می‌دهد (جدول ۲).

مضمون فراگیر «ضعف مدیریت»: این مضمون از دو مضمون سازمان‌دهنده تشکیل شده است: ۱. نقش‌گریزی درون خانواده؛ که بی‌توجهی تعمدی عاطفی، بی‌تفاوت شدن زوجین نسبت به یکدیگر، عدم



تعادل در مسئولیت‌های زندگی، مشکلات جنسی و ضعف مسئولیتی زندگی را شامل می‌شود و از نقل قول‌های (با من مثل غریبه‌هاست و هیچ‌گاه از من دفاع نمی‌کند و امور خانه و مالی بر عهده پسران است و رابطه حسی یک‌طرفه دارد و من باید در خدمت او باشم و نسبت به مدرسه بچه‌ها هیچ‌گونه مسئولیتی ندارد) تشکیل شده است. ۲. ضعف اثربخشی اقتصادی که معاملات نابخردانه، عدم آینده‌نگری اقتصادی، عدم مدیریت درست پول و درآمد را شامل می‌شود و از جملات (مرغوب‌ترین زمین و خانه را فروخت و بی‌حساب و کتاب و مشورت همه پولش را خرج می‌کند) تشکیل شده است (جدول ۲).

مضمون فراگیر «تحریک‌پذیری بالا»: این مضمون از دو مضمون سازمان‌دهنده تشکیل شده است: ۱. خشونت جسمی؛ که همسر و فرزندآوری را شامل می‌شود و از جملات (دست بزن دارد و من را کتک می‌زند و همین‌طور به دفعات بچه‌ها را کتک زده است) تشکیل شده است. ۲. برانگیختگی عصبی که عدم سازگاری با اطرافیان، ناشکیبایی در امور معمول و عدم مدیریت بحران و چرخش خلق را شامل می‌شود که از جملات (با همه ناسازگار است، به من و همه فرزندانم توهین می‌کند، قهر می‌کند، بحران به وجود می‌آورد، سریع عصبانی می‌شود و پشیمان می‌شود) تشکیل شده است (جدول ۲).

مضمون فراگیر «بی‌مبالاتی و لاقیدی»: این مضمون از دو مضمون سازمان‌دهنده تشکیل شده است: ۱. بی‌مبالاتی جنسی که ازدواج مخفیانه، توجیه خیانت زناشویی، رابطه خارج از حیطه زناشویی را شامل می‌شود و از جملات (رفتارهای مشکوک و تلفن‌های مشکوک دارد، با تأخیر به خانه می‌آید و با دروغ رفتارهای خیانت‌آمیز خودش را توجیه می‌کند) تشکیل شده است. ۲. بی‌مبالاتی اجتماعی و قانونی که رانندگی بی‌ملاحظه و قانون‌گریزی را شامل می‌شود و از نقل قول‌های (در رانندگی مارپیچ می‌رود و از تمام بانک‌ها وام گرفته و اقساط را پرداخت نمی‌کند) تشکیل شده است (جدول ۲).

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه مشکلات روابط زناشویی مردان متأهل دوقطبی II را از دیدگاه همسر مورد تحلیل قرار داد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مشکلات بین‌فردی مردان متأهل مبتلا به اختلال دوقطبی چگونه به خود و همسر و دیگران آسیب وارد می‌نماید. تأثیر اختلال دوقطبی بر خود بیمار تأییدکننده نتایج سایر مطالعاتی است که به بررسی جنبه‌های مختلف بیماران دوقطبی در زمینه افزایش خودکشی (ریبهر ۳۶، ۲۰۰۹؛ نوپک، شوارتز و فرانک ۳۷، ۲۰۱۰)، سوءمصرف مواد (النیاک، ارکیران و موتلو ۳۸، ۲۰۱۶؛ ویلنس و همکاران ۳۹، ۲۰۱۶) و کاهش کیفیت زندگی (کالابریس و همکاران ۴۰، ۲۰۱۶؛ طوبایی و همکاران، ۱۳۹۱؛ سیرا، لیویانوس و روجو ۴۱، ۲۰۰۵) پرداخته‌اند؛ ولی این پژوهش‌ها در توجه به مشکلات بین‌فردی مردان متأهل دوقطبی محدود بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر در تأثیر این بیماری بر مشکلات روابط بین‌فردی با همسر بیانگر نقش‌گریزی، عدم اقناع‌شدگی و بی‌مبالاتی است که هر کدام از این مضامین می‌تواند در زندگی مشترک منبع تعارضات و مشکلات زوجی گردد. برخورد نقش‌های حل‌نشده و تکراری معمولاً با آغاز، تداوم و وخامت نشانه‌های افسرده‌ساز رابطه دارد. زوج‌هایی که رفتار مختل‌کننده دارند، بیشتر از دیگران احتمال دارد دچار افسردگی، اضطراب و مشکلات پزشکی حاد و مزمن شوند. نقش‌های زوجین به این بستگی دارد که چگونه مسئولیت‌ها و وظایف را برای یکدیگر تعیین کنند و چگونگی تعیین نقش‌ها در برآوردن توقعات روابط با

همسر تأثیر می‌گذارد (السون و فوئرز<sup>۴۲</sup>، ۱۹۹۳). بهداشت جسمانی و روان‌شناختی تحت تأثیر سلامت رضایت‌مندی زناشویی است. مسائل ارتباطی چون جدایی عاطفی و تعهد کاهش یافته، کشمکش بر سر مشکلات ارتباطی، روابط جنسی خارج از چارچوب زناشویی، تعارض‌های نقش و ارزش‌ها، ناراضی جنسی و رفتار خشونت‌آمیز؛ امنیت و ثبات ارتباطی زوجین را در معرض خطر قرار می‌دهد (برگر و هانا<sup>۴۳</sup>، ۲۰۱۳). یافته‌های پژوهش حاضر در تأثیر این بیماری بر روابط بین‌فردی با همسر و فرزندان و دیگران بیانگر بی‌ثباتی رفتارهای تکانشی خودمداری افراطی و تحریک‌پذیری و خشونت است که پیامد این مشکلات بین‌فردی به اختلال در مهارت‌های ارتباطی منجر می‌گردد. مهارت‌های ارتباطی فرآیندی پویاست که افراد از طریق آن سعی می‌کنند منظور خود را به یکدیگر برسانند. توانایی مطرح ساختن افکار و احساسات با دیگران، در چگونگی شکل‌پذیری و حفظ روابط بسیار حیاتی و ضروری است (السون و فوئرز، ۱۹۹۳)؛ بنابراین اختلال دوقطبی ارتباط بین‌فردی را با آسیب‌های جدی مواجه می‌کند که پیامد آن دامنگیر خود بیمار و افرادی است که با او زندگی مشترک دارند.

بر اساس یافته‌های موجود، مراقبت از بیمار دوقطبی بسیار طاقت‌فرسا و سنگین است که علاوه بر بیمار، مشکلات و اختلالات متعددی نیز به اعضای خانواده تحمیل می‌شود (شمسایی و همکاران، ۱۳۸۹ و ۱۳۹۱). شناخت و نگرش درست بیمار و مراقبت‌کننده از این اختلال می‌تواند آسیب‌ها را کاهش دهد و پیامدهای ناگوار را کنترل نماید (رحمانی و همکاران<sup>۴۴</sup>، ۱۳۹۴). توجه به مشکلات بین‌فردی در زوج‌هایی که بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی دارند، امکان آموزش روان‌شناختی بهتر جهت ارتقای شناخت و نگرش درست بیمار و مراقبت‌کننده را مهیا می‌سازد. محدودیت پژوهش حاضر این بود که اکثر بیماران دوقطبی مرد حضور منظم و به‌موقع نداشتند و پژوهش ما محدود به مراقبان آنان گردید و به دلیل مشکلات دستیابی به آزمودنی‌ها، امکان کنترل متغیرهای مداخله‌گر مثل محدوده سنی وجود نداشت.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بیماران دوقطبی و همسران‌شان با مشکلات بین‌فردی بسیاری دست‌به‌گریبان هستند. با توجه به کاهش کیفیت زندگی و نرخ بالای طلاق در این بیماران و تعادل‌گریزی در روابط بین‌فردی آن‌ها، متخصصان مراقبت‌های بهداشت روان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مشاوران و روان‌پرستاران می‌توانند به صورت جداگانه و زوجی به آن‌ها خدمات کلینیکی و آموزش روانی ارائه نمایند. بعضی از تحقیقات نشان داده است که ارائه چنین خدماتی می‌تواند پایداری خانواده را افزایش دهد و از طلاق پیشگیری نماید (راشدی، سهرابی و شمس<sup>۴۵</sup>، ۱۳۹۰). پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بیمار و همسر او هر دو با درک کامل از تأثیرات اختلال خلقی دوقطبی II می‌توانند در مدیریت این اختلال و پیامدهای آن فعال باشند و تأثیرات منفی این اختلال را مهار نمایند.

## سپاسگزاری

از مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و گروه مشاوره خانواده دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان که نسبت به پژوهش حاضر حمایت و همکاری لازم را به عمل آوردند، سپاسگزارم.

### پی‌نوشت‌ها

1. Expansiveness
2. Flight of ideas
3. Sadock & Sadock
4. Gottman
5. Mohammadi, Sheykh Hadi Siruii, Garafar, Zahrakar, Shakarami & Davarniya
6. Bolhari, Ramezanzadeh, Abedinia, Naghizadeh, Pahlavani & Saberi
7. American Psychiatric Association
8. Afshar, Masaeli, Berekatain & Kiani
9. Nichols, Schwartz & Minuchin
10. Weissman, Markowitz & Klerman
11. Prochaska & Norcross
12. Miklowitz
13. Interpersonal social rhythm therapy
14. Frank, Kupfer, Thase, Mallinger, Swartz, ... Monk
15. Rajagopalan, Bacci, Ng-Mak, Wyrwich, Pikalov & Loebel
16. Sylvia, Montana, Deckersbach, Thase, Tohen, ... Nierenberg
17. Toubaei, Hadi, Hedayati & Montazeri
18. Panaghi, Hakim Shoostari, Sharafi & Abbasi
19. Granek, Danan, Bersudsky & Osher
20. Shamsaei, Mohamadkhan Kermanshahi & Vanaki
21. Hoberg, Ponto, Nelson & Frye
22. Perlick, Miklowitz, Lopez, Chou, Calvin, ... Aronson
23. Thematic analysis
24. Galvin, Gaffney, Corr, Mays & Hardiman
25. Graff, Christensen, Poulsen & Egerod
26. Guest, MacQueen & Namey
27. Jalali
28. Data saturation
29. NVivo
30. Credibility
31. Dependability
32. Transferability
33. Confirm ability
34. Guba & Lincoln
35. Prolonged engagement and persistent
36. Rihmer
37. Novick, Swartz & Frank
38. Alniak, Erkiran & Mutlu
39. Wilens, Biederman, Martelon, Zulauf, Anderson, ... Faraone
40. Calabrese, Rajagopalan, Ng-Mak, Bacci, Wyrwich, ... Loebel
41. Sierra, Livianos & Rojo
42. Olson & Fowers
43. Berger & Hannah
44. Rahmani, Ebrahimi, Ranjbar & Asghari
45. Rashedi, Sohrabi & Shams

### منابع

- افشار، ح.، مسائلی، ن.، برکتین، م.، و کیانی، ف. (۱۳۸۷). فراوانی نسبی اختلالات طیف دو قطبی در متقاضیان طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده شهر اصفهان و رابطه آن با برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۱)، ۴۵-۵۰.
- بوله‌ری، ج.، رمضان‌زاده، ف.، عابدی‌نیا، ن.، تقی‌زاده، م.، پهلوانی، ه.، و صابری، س. م. (۱۳۹۱). بررسی برخی علل منجر به تقاضای طلاق در زوجین متقاضی طلاق در دادگاه‌های تهران. *تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۱۸(۱)، ۹۳-۸۳.
- پروچاسکا، جی.، و نورکراس، جی. (۲۰۰۷). *نظریه‌های روان‌درمانی*. ترجمه ه. آوادیسیناس (۱۳۹۰). تهران: رشد.
- پناغی، ل.، حکیم‌شوستری، م.، شرفی، ا.، و عباسی، م. (۱۳۸۸). مشکلات رفتاری-هیجانی در فرزندان مبتلایان به اختلال دو قطبی و گروه گواه. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۵(۲)، ۲۰۷-۲۰۱.
- جلالی، ر. (۱۳۹۱). نمونه‌گیری در پژوهش‌های کیفی. *تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۱(۴)، ۳۲۰-۳۱۰.

راشدی، ا.، سهرابی، ف. و شمس، ج. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری در جلوگیری از عود اختلال دو قطبی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۲(۵)، ۴۴-۴۹.

رحمانی، ف.، ابراهیمی، ح.، رنجبر، ف.، و اصغری، ا. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش گروهی روان‌شناختی بر نگرش مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نسبت به بیماری روانی. *فصلنامه حیات*، ۲۱(۴)، ۷۹-۶۵.

شمسایی، ف.، محمدخان کرمانشاهی، س.، و ونکی، ز. (۱۳۸۹). بررسی نیازهای خانواده‌های مراقبت‌کننده از بیماران با اختلال دو قطبی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*، ۱۷(۳)، ۶۳-۵۷.

شمسایی، ف.، محمدخان کرمانشاهی، س.، و ونکی، ز. (۱۳۹۱). معنی سلامتی از دیدگاه عضو خانواده مراقبت‌کننده از بیمار با اختلال دو قطبی: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازنداران*، ۲۲(۶)، ۶۵-۵۲.

طوبایی، ش.، هادی، ن.، هدایتی، ا.، و منتظری، ع. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دو قطبی با افراد سالم. *اصول بهداشت روانی*، ۱۴(۱)، ۶۳-۵۴.

محمدی، م.، شیخ‌هادی سیروی، ر.، گرافر، ا.، زهراکار، ک.، شاکرمی، م.، و داورنیا، ر. (۱۳۹۵). اثر زوج‌درمانی شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زوجین. *ارمغان دانش*، ۲۱(۱۱)، ۱۰۸۶-۱۰۶۹.

نیکولز، م. پ.، شوارتز، ر. س.، و مینوچین، س. (۱۹۸۴). *خانواده درمانی، مفاهیم و روشها*. ترجمه م. دهقانی و همکاران (۱۳۹۱). تهران: دانژه.

- Afshar, H., Masaeli, N., Barekatin, M., & Kiani, F. (2008). [The relative frequency and socio-demographic correlates of bipolar spectrum disorders in divorced volunteers]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 6(1), 45-50 [in Persian].
- Alniak, I., Erkiran, M., & Mutlu, E. (2016). Substance use is a risk factor for violent behavior in male patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 193, 93-89.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. USA: APA Publication.
- Berger, R., & Hannah, M. T. (2013). *Preventive approaches in couples' therapy*. United Kingdom: Psychology Press.
- Bolhari, J., Ramezanzadeh, F., Abedinia, N., Naghizadeh, M., Pahlavani, H., & Saberi, S. (2012). [To explore identifying the influencing factors of divorce in Tehran]. *Iranian Journal of Epidemiology*, 8(1), 83-93 [in Persian].
- Calabrese, J., Rajagopalan, K., Ng-Mak, D., Bacci, E. D., Wyrwich, K. ... Loebel, A. (2016). Effect of lurasidone on meaningful change in health-related quality of life in patients with bipolar depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 31(3), 147-154.
- Frank, E., Kupfer, J. D., Thase, E. M., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., ..., Monk, T. (2005). Two-year outcomes for Interpersonal and Social Rhythm Therapy in individuals with Bipolar. *Archives of General Psychiatry*, 62, 996-1004.
- Galvin, M., Gaffney, R., Corr, B., Mays, I., & Hardiman, O. (2017). From first symptoms to diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis: perspectives of an Irish informal caregiver cohort-a thematic analysis. *BMJ Open*, 7(3), Doi: 10.1136/bmj-open-2016-014985.
- Graff, H. J., Christensen, U., Poulsen, I., & Egerod, I. (2017). Patient perspectives on navigating the field of traumatic brain injury rehabilitation: a qualitative thematic analysis. *Disability and Rehabilitation*, 1(12), Doi: 10.1080/09638288.

- Granek, L., Danan, D., Bersudsky, Y., & Osher, Y. (2016). Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. *Bipolar disorders*, 18(2), 192-199 Doi: 10.1111/bdi.12370
- Gottman, J. M. (1998). Toward a process model of men in marriages and families. In A. Booth & A. C. Crouter (Eds.), *Men in Families: When do they get involved? What difference does it make?* (pp. 149-192). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Guba, E. G., Lincoln, Y. S. (1994). *Competing paradigms in qualitative research, Handbook of qualitative research*. London, CA: Sage.
- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2012). *Applied thematic analysis*. United Kingdom: Sage.
- Hoberg, A. A., Ponto, J., Nelson, P. J., & Frye, M. A. (2013). Group interpersonal and social rhythm therapy for bipolar depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(4), 226-234.
- Jalali, R. (2013). [Qualitative Research Sampling]. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 1(4), 310-320 [in Persian].
- Miklowitz, D. J. (2006). A review of evidence-based psychosocial interventions for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 28-33.
- Mohammadi, M., Sheykh Hadi Siruii, R., Garafar, A., Zaharakar, K., Shakarami, M., & Davarniya, R. (2017). [Effect of Group Cognitive Behavioral Couples Therapy on Couple Burnout and Divorce Tendency in Couples]. *Armaghane Danesh*, 21(11), 1069-1086 [in Persian].
- Nichols, M. P., Schwartz, R. C., & Minuchin, S. (1984). *Family therapy: Concepts and methods* (M. Dehghani et al. Trans.). Tehran: Danjeh [in Persian].
- Novick, D. M., Swartz, H. A., & Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar disorders*, 12(1), 1-9.
- Olson, D. H., & Fowers, B. J. (1993). Five types of marriage: An empirical typology based on enrich. *The Family Journal*, 1(3), 196-207.
- Panaghi, L., Hakim Shoostari, M., Sharafi, S. E., & Abbasi, M. (2009). [Behavioral and Emotional Problems in Offsprings of Bipolar Parents and the Control Group]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15(2), 201-207 [in Persian].
- Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Lopez, N., Chou, J., Kalvin, C. ... Aronson, A. (2010). Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 12(6), 627-637.
- Prochaska, J., & Norcross, J. (2007). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis* (H. Avadisians Trans.). Tehran: Roshd [in Persian].
- Rahmani, F., Ebrahimi, H., Ranjbar, F., & Asghari, E. (2016). [The effect of group psychoeducational program on attitude toward mental illness in family caregivers of patients with bipolar disorder]. *Hayat*, 21(4), 65-79 [in Persian].
- Rajagopalan, K., Bacci, E. D., Ng-Mak, D., Wyrwich, K., Pikalov, A., & Loebel, A. (2016). Effects on health-related quality of life in patients treated with lurasidone for bipolar depression: results from two placebo controlled bipolar depression trials. *BMC Psychiatry*, 16, 1-9. Doi.org/10.1186/s12888-016-0865.

- Rashedi, E., Sohrabi, F., & Shams, J. (2011). [A Study of the Efficacy of Cognitive Behavior Therapy in Relapse Prevention of Bipolar Disorder]. *Clinical Psychology & Personality*, 2(5), 49-64 [in Persian].
- Rihmer, Z. (2009). Suicide and bipolar disorder. In C. A. Zarate & H. K. Manji, (Eds.), *bipolar depression: molecular neurobiology, clinical diagnosis and pharmacotherapy*. (pp.47-56). USA: Springer.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A., (2007). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry*. 10<sup>th</sup> Ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shamsaei, F., Mohamadkhan Kermanshahi, S., & Vanaki, Z. (2010). [Survey of Family Caregiver Needs of Patients with Bipolar Disorder]. *Hamadan University of Medical Sciences*, 17(3), 57-63 [in Persian].
- Shamsaei, F., Mohamadkhan Kermanshahi, S., & Vanaki, Z. (2012). [Meaning of health from the perspective of family member caregiving to patients with bipolar disorder]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 22(6), 52-65 [in Persian].
- Sierra, P., Livianos, L., & Rojo, L. (2005). Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disorders*, 7(2), 159-165.
- Sylvia, L. G., Montana, R. E., Deckersbach, T., Thase, M. E., Tohen, M. ... Nierenberg, A. A. (2017). Poor quality of life and functioning in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, 5(10), Doi.org/10.1186/s40345-017-0078-4
- Toubaei, Sh., Hadi, N., Hedayati, A., & Montazeri, A. (2012). [Comparison of health related quality of life between bipolar patients and healthy people]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 14(1), 54-63 [in Persian].
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Martelon, M., Zulauf, C., Anderson, J. P. ... Faraone, S. V. (2016). Further Evidence for Smoking and Substance Use Disorders in Youth with Bipolar Disorder and Comorbid Conduct Disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 77(10), 1420-1427.

Archived