



مروری بر اختلال دو قطبی (Bipolar disorder) و اصول درمانی آن

علی ناظری^۱، حسن عباسی^۲، حمیدرضا عربی^۳، مصطفی محمدی^۴

^۱ دانش آموخته ی کارشناسی آموزش ابتدایی ، پردیس شهید باهنر بیرجند.

Al1378na@gmail.com

^۲ دانش آموخته ی کارشناسی آموزش ابتدایی ، پردیس شهید باهنر بیرجند.

Hassanabbasikhonjouk@gmail.com

^۳ دانش آموخته ی کارشناسی آموزش ابتدایی ، پردیس شهید باهنر بیرجند.

arabihamidreza36@gmail.com

^۴ مربی آموزگار مرکز جامع سنجش، آموزش، توانبخشی و مداخله بهنگام رشدی تربیتی شهرستان فردوس

Al1378na@gmail.com

چکیده :

اختلال دو قطبی یک اختلال روانی جدی است که با نوسانات شدید خلقی مشخص می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است دوره‌های هیپومانیک (شامل احساس شادابی و انرژی زیاد) و افسردگی (شامل احساس ناامیدی و بی‌علاقگی) را تجربه کنند. این نوسانات می‌تواند تأثیرات عمیقی بر زندگی روزمره، کار، و روابط اجتماعی فرد داشته باشند. این پژوهش از روش مروری سیستماتیک برای بررسی و تحلیل مطالعات پیشین استفاده کرده است. مقالات بر اساس معیارهایی مانند انتشار در مجلات معتبر و دسترسی کامل به داده‌ها انتخاب شده‌اند. منابع داده شامل پایگاه‌های علمی معتبر مانند گوگل اسکولار و سیولیکا هستند. جستجوی مقالات با استفاده از کلیدواژه‌ها و عملگرهای بولی بهینه‌سازی شده و داده‌های نهایی به‌صورت کیفی بررسی و طبقه‌بندی شدند. نتایج به‌صورت تحلیلی مقایسه شده تا تصویری جامع از وضعیت دانش کنونی به‌دست آید، و تمامی اصول اخلاقی رعایت شده است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که اختلال دو قطبی، به عنوان یک اختلال روانی جدی، تأثیر عمیقی بر عملکرد روزمره و روابط اجتماعی فرد دارد. نوسانات شدید خلقی مرتبط با این اختلال می‌تواند به عواقب جدی در زمینه‌های تحصیل، شغل و روابط خانوادگی منجر شود. توجه به این اختلال و ارائه درمان‌های مناسب از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا نادیده گرفتن آن می‌تواند به وخامت وضعیت فردی و اجتماعی بیماران منجر شود. آموزش و آگاهی‌دهی به بیماران و خانواده‌ها می‌تواند به درک بهتر نیازها و رفتارهای بیماران کمک کند. همچنین، پیگیری و ارزیابی مداوم به تشخیص دقیق و انتخاب درمان‌های مؤثر یاری می‌رساند. روش‌های درمانی مانند رفتار درمانی شناختی (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به بیماران در شناسایی و اصلاح الگوهای ناسالم کمک می‌کنند و تحریک مغناطیسی ترانس کرانیال (rTMS) گزینه‌ای غیرتهاجمی برای بیماران غیرپاسخگو به درمان‌های معمول است. در نهایت، مدیریت استرس و بهبود سبک زندگی نیز می‌تواند به کاهش علائم کمک کند، در حالی که خانواده درمانی به بهبود روابط و درک بین فردی در خانواده‌ها می‌انجامد. به طور کلی، این رویکردها و مباحث، یک سیستم جامع را تشکیل می‌دهند که می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران و کاهش عوارض اختلال دو قطبی منجر شود.

واژگان کلیدی: اختلال دو قطبی، اختلال شخصیت، اصول درمان



۱- مقدمه

سلامت روان به معنای یک وضعیت ذهنی و احساسی است که در آن فرد توانایی تطابق با استرس‌های روزمره، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، و ایجاد روابط پایدار را دارد. ابعاد سلامت روان شامل جنبه‌های عاطفی، شناختی، و اجتماعی است که هر یک از آنها نقش مهمی در تعیین کیفیت زندگی و توانایی افراد برای مدیریت چالش‌های زندگی ایفا می‌کند (فولادی و مهدیان، ۱۴۰۳). در دنیای پرتنش و سریع امروزه که افراد با فشارهای متعدد اجتماعی، اقتصادی و محیطی روبرو هستند، سلامت روان به عنوان یکی از اساسی‌ترین ابعاد زندگی به شدت مورد توجه قرار گرفته است. از دست دادن سلامت روان می‌تواند به کاهش کارایی فرد در زندگی روزمره منجر شود و حتی ارتباطات بین فردی، حرفه‌ای، و خانوادگی را تحت تأثیر قرار دهد. از این رو، توجه به سلامت روان از اهمیت بالایی برخوردار است تا بتوان از بروز مشکلات جدی‌تر مانند اختلالات روانی جلوگیری کرد (عطایی، ۱۴۰۲).

عوامل آسیب‌زا به سلامت روان شامل طیف گسترده‌ای از متغیرهای فردی و محیطی هستند. از جمله عوامل فردی می‌توان به ژنتیک، تجربه‌های ناخوشایند کودکی، و سطوح بالای استرس اشاره کرد. از عوامل محیطی نیز می‌توان به فقر، بیکاری، نابرابری‌های اجتماعی، و بحران‌های جهانی مانند جنگ و تغییرات اقلیمی اشاره کرد (کاظمی و همکاران، ۱۴۰۱). بی‌توجهی به سلامت روان می‌تواند پیامدهای جدی درازمدتی به همراه داشته باشد. عواقب نادیده گرفتن سلامت روان شامل افزایش خطر ابتلا به اختلالات روانی، کاهش کیفیت زندگی، و حتی بروز مشکلات جسمی است. این مشکلات ممکن است به تشدید خودکشی، اعتیاد، و ناهنجاری‌های رفتاری منجر شود. همچنین، افراد در چنین شرایطی ممکن است از لحاظ حرفه‌ای و اجتماعی عقب‌مانده و در نهایت از چرخه فعال زندگی خارج شوند (طیرانی نجرانی و همکاران، ۱۴۰۲).

اختلالات شخصیت به مجموعه‌ای از الگوهای پایدار و ناسازگار در تفکر، رفتار، و احساسات فرد اشاره دارد که به‌طور مستمر بر کیفیت زندگی و روابط بین فردی تأثیر می‌گذارد. این اختلالات در بسیاری از موارد به مشکلات روانی جدی منجر می‌شوند و می‌توانند زمینه‌ساز بروز اختلالات دیگر مانند افسردگی، اضطراب، و حتی رفتارهای خودآزارانه باشند (سهرابی و پرندین، ۱۴۰۳). از جمله اختلالات شخصیت شایع می‌توان به اختلال شخصیت مرزی، ضد اجتماعی، و وسواسی-جبری اشاره کرد. افراد مبتلا به این اختلالات معمولاً در حفظ روابط اجتماعی، مدیریت استرس، و داشتن زندگی پایدار با چالش‌های عمده‌ای روبرو هستند. اختلالات شخصیت به عنوان یکی از عوامل آسیب‌زا به سلامت روان، نیاز به توجه ویژه و درمان‌های طولانی‌مدت دارند (بهی، ۱۴۰۱).

اختلال شخصیت دوقطبی یکی از شدیدترین و پیچیده‌ترین اختلالات روانی است که با تغییرات شدید در حالت‌های خلقی، از مانیا (سرخوشی) تا افسردگی عمیق، همراه است. این تغییرات ناگهانی و شدید می‌تواند زندگی فرد و اطرافیان او را به شدت تحت تأثیر قرار دهند. در دنیای کنونی که تغییرات سریع اجتماعی و فشارهای اقتصادی و سیاسی فراوانی وجود دارد، افراد بیشتر در معرض این اختلال قرار دارند (ابراهیمی، ۱۴۰۱). از آنجایی که اختلال دو قطبی با تغییرات ناگهانی در حالت روانی فرد همراه است، در صورت عدم تشخیص و درمان مناسب، می‌تواند به آسیب‌های جدی اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی منجر شود. اهمیت توجه به این اختلال در شرایط کنونی از آن جهت است که افراد با تغییرات ناگهانی در محیط کار و زندگی نیاز به ثبات بیشتری دارند و هر گونه ناپایداری در خلق و خو می‌تواند به بروز مشکلات جدی‌تر منجر شود (بهرامی و خلیفی، ۱۴۰۲).

درمان اختلال شخصیت دوقطبی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چرا که این اختلال می‌تواند به بروز مشکلات فراوانی در زندگی روزمره، از جمله ناتوانی در حفظ شغل، روابط ناموفق و حتی خطر خودکشی منجر شود. افراد مبتلا به این اختلال به درمان‌های متعددی از جمله دارودرمانی، روان‌درمانی، و در برخی موارد بستری شدن نیاز دارند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸). داروهایی مانند تثبیت‌کننده‌های خلق و ضد افسردگی‌ها نقش مهمی در کنترل تغییرات شدید خلقی دارند. از سوی دیگر، روان‌درمانی نیز می‌تواند به افراد کمک کند تا به درک بهتری از الگوهای رفتاری و احساسی خود برسند و راهکارهای موثرتری برای مدیریت استرس و ارتباطات بین فردی پیدا کنند. توجه به درمان این اختلال نه تنها به بهبود کیفیت زندگی فرد کمک می‌کند بلکه می‌تواند مانع از بروز عواقب جدی‌تری مانند اقدام به خودکشی یا فروپاشی روابط خانوادگی و اجتماعی شود (عطایی، ۱۴۰۲).

اختلال شخصیت دو قطبی یکی از پیچیده‌ترین و شدیدترین اختلالات روانی است که با تغییرات شدید در حالت‌های خلقی همراه است. این اختلال دارای دو قطب اصلی است: فاز مانیا (یا هیپومانیا) و فاز افسردگی. هر یک از این قطب‌ها دارای ویژگی‌های منحصر به فردی هستند که بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد تأثیر می‌گذارند. در فاز مانیا، فرد ممکن است به صورت غیرمعمول سرخوش، پارانرژی و بیش‌فعال شود و رفتارهایی مانند تصمیم‌گیری‌های بی‌پروا، خوش‌بینی بیش از حد، و ناتوانی در تمرکز بر کارهای روزمره از خود نشان دهد (وجدانی آرام و همکاران، ۱۳۹۶). در مقابل، فاز افسردگی شامل احساس غم عمیق، ناامیدی، بی‌ارزشی و ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره است. این تغییرات خلقی به شدت بر جنبه‌های



اجتماعی، شغلی، و شخصی زندگی فرد تاثیر می گذارند و در برخی موارد می توانند منجر به از دست دادن کنترل بر رفتار و افکار شوند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸).

ابعاد دیگر این اختلال شامل شدت تغییرات خلقی، مدت زمان هر فاز، و فرکانس وقوع آن است. برخی افراد ممکن است تغییرات مکرر و سریع بین فازها داشته باشند (به عنوان دو قطبی نوع سریع)، در حالی که در برخی دیگر دوره های طولانی تری از هر فاز مشاهده می شود. همچنین، افراد مبتلا به اختلال دو قطبی ممکن است علائم روان پریشی مانند توهم یا هذیان در طول فاز مانیا یا افسردگی تجربه کنند. در نتیجه، این اختلال نیازمند مراقبت های ویژه و طولانی مدت است (عطائی، ۱۴۰۲؛ بهی، ۱۴۰۱).

اختلال شخصیت دو قطبی به عنوان یک اختلال مزمن و دوره ای شناخته می شود که با تغییرات شدید و نامنظم در خلق و خو مشخص می شود. این تغییرات ممکن است از حالت های سرخوشی و پرانرژی تا افسردگی عمیق متغیر باشند. از نظر روانشناختی، دو قطبی به عنوان یک ناهنجاری در تنظیم هیجانی تعریف می شود که در آن مغز توانایی مدیریت تعادل بین احساسات مثبت و منفی را از دست می دهد. بر اساس نظریه های زیست پزشکی، این اختلال با ناهنجاری های شیمیایی در مغز، به ویژه در میزان نوروترانسمیترهایی مانند دوپامین و سروتونین، مرتبط است. به همین دلیل، داروهایی که تعادل این مواد شیمیایی را برقرار می کنند، یکی از درمان های اصلی محسوب می شوند (والی پور، ۱۴۰۳).

از منظر نظری، اختلال دو قطبی در دسته اختلالات خلقی قرار می گیرد و با توجه به شدت و نوع علائم به چند نوع تقسیم می شود. دو قطبی نوع یک شامل دوره های مانیا و افسردگی شدید است، در حالی که دو قطبی نوع دو با دوره های هیپومانیا (که علائم مانیا خفیف تر هستند) و افسردگی شدید مشخص می شود. همچنین، در مدل های روان پریشی، این اختلال به عنوان نتیجه تنش های درونی و تعارضات حل نشده در نظر گرفته می شود که ممکن است ریشه در تجربه های اولیه زندگی داشته باشد. از منظر شناختی-رفتاری، دو قطبی به دلیل الگوهای ناسازگار فکری و رفتاری ایجاد می شود که فرد را به یک چرخه نوسان بین خوش بینی شدید و ناامیدی کامل می کشاند (عنایتیان و هاشمی، ۱۴۰۲).

تشخیص اختلال دو قطبی به یک ارزیابی دقیق و جامع نیاز دارد و معمولاً با استفاده از ابزارهای روانشناختی و مصاحبه های بالینی انجام می شود. یکی از چالش های اصلی در تشخیص این اختلال، اشتباه گرفتن آن با اختلالات دیگری مانند افسردگی عمده یا اختلالات اضطرابی است. به عنوان مثال، افراد ممکن است در ابتدا فقط فازهای افسردگی را تجربه کنند و فازهای مانیا به تدریج بروز کنند، که این امر تشخیص را به تأخیر می اندازد. درمان اختلال دو قطبی معمولاً شامل ترکیبی از دارودرمانی و روان درمانی است (سهرابی و پریدین، ۱۴۰۲). داروهایی مانند تثبیت کننده های خلق و داروهای ضد افسردگی برای کنترل علائم استفاده می شوند. روان درمانی نیز به فرد کمک می کند تا مهارت های مدیریت استرس، شناخت الگوهای فکری منفی، و ایجاد روش های موثر برای مقابله با تغییرات خلقی را فراگیرد. علاوه بر این، حمایت های خانوادگی و اجتماعی در مدیریت این اختلال نقش مهمی دارند، چرا که افراد مبتلا به دو قطبی معمولاً به حمایت مداوم برای پایدار نگه داشتن حالت های روانی خود نیاز دارند (خلیل زاده نقدی، ۱۴۰۲). لذا پژوهش حاضر در نظر دارد تا مروری بر اختلال شخصیت دو قطبی و اصول درمانی آن داشته باشد.

۲- روش شناسی

در این پژوهش از روش مروری برای بررسی و تحلیل مطالعات پیشین مرتبط با موضوع تحقیق استفاده شده است. روش مروری به دلیل جامعیت و توانایی گردآوری اطلاعات از مطالعات متعدد، یکی از روش های موثر در پژوهش های علمی به شمار می رود. در اینجا، از مرور سیستماتیک به عنوان نوع مرور استفاده شده است تا با رویکردی نظام مند، مطالعات معتبر شناسایی و تحلیل شوند. مطالعات مورد بررسی بر اساس معیارهای مشخصی انتخاب شده اند. این معیارها شامل مقالات منتشر شده در مجلات معتبر علمی، مطالعات مرتبط با موضوع پژوهش که در دهه گذشته انجام شده اند، و مقالاتی که به صورت کامل در دسترس بوده و داده های کافی برای تحلیل ارائه کرده اند. منابع داده اصلی شامل پایگاه های علمی معتبر مانند گوگل اسکولار، سیولیکا، Sid، نورمگز است که به دلیل پوشش جامع مقالات علمی به عنوان منابع اصلی گردآوری داده ها انتخاب شده اند. برای جستجوی مقالات مرتبط، از کلیدواژه های اصلی و ترکیبی استفاده شد که موضوع پژوهش را به خوبی نمایان می سازند. همچنین از عملگرهای بولی مانند AND، OR و NOT برای بهینه سازی جستجو و محدودسازی نتایج استفاده گردید. در مرحله بعد، تمامی مقالات بازبینی شده مورد بررسی اولیه قرار گرفته و مقالاتی که با معیارهای ورود همخوانی داشتند، انتخاب شدند. سپس بر اساس خلاصه و عنوان مقالات، موارد مرتبط انتخاب و مقالات نهایی که داده های کافی و مرتبط داشتند، برای تحلیل نهایی استفاده شدند. داده های حاصل از مطالعات نهایی به صورت کیفی مورد بررسی قرار گرفتند. هر مقاله بر اساس موضوعات اصلی پژوهش طبقه بندی و یافته های کلیدی استخراج شد. در نهایت، نتایج به صورت تحلیلی مقایسه و بررسی شدند تا تصویری جامع از وضعیت دانش کنونی پیرامون موضوع پژوهش به دست آید. در طول این پژوهش، تمامی اصول اخلاقی مربوط به استفاده



از مقالات و منابع علمی رعایت شد و استناد دقیق به تمامی منابع انجام گرفت. همچنین از دسترسی به منابعی که دارای حق کپی‌رایت بودند، اجتناب گردید.

۳- بحث درباره یافته ها

به منظور بررسی بهتر داده های یافته شده ، از جدول محقق ساخته ذیل استفاده گردید.

پژوهشگران	سال	عنوان	یافته ها
سهرابی، سحر و پرندین، شیمیا	۱۴۰۳	بررسی اختلال دو قطبی، از شناخت تا درمان	اختلال دو قطبی، نوعی اختلال خلقی و بیماری روانی محسوب می شود. افرادی که به این اختلال دچار می شوند، دو فاز افسردگیو شیدایی را تجربه می کنند. دوره ی شیدایی، مشخصه ی اصلی اختلال دو قطبی است و این بیماری با توجه به شدت این دوره طبقه بندی می شود. این اختلال می تواند زندگی اجتماعی، شغلی و خانوادگی افراد مبتلا را دچار مشکل کند. لذا بررسی این اختلال، علائم و راه های درمانی آن ضرورت پیدا می کند. داده های پژوهش حاضر به روش علمی -ترویجی گردآوری شده است و هدف از این پژوهش، بررسی اختلال افسردگی دو قطبی نوع ۱ و ۲ از شناخت تا درمان است. یافته های این پژوهش نشان دادند که شناسایی علائم و نشانه های اختلال دو قطبی، در تعیین نوع این اختلال مهم است و همچنین راه های درمانی از جمله دارو درمانی و اجرای برنامه ی بین فردی و... می تواند موثر باشد
والی پور، کنعان	۱۴۰۳	مطالعه و بررسی اختلال دو قطبی	اختلال دوقطبی یک اختلال مزمن است که با نوسانات خلقی و انرژی مشخص می شود. بیش از ۱٪ از جمعیت جهان را بدون توجه به ملیت، منشأ قومی، یا وضعیت اجتماعی-اقتصادی تحت تأثیر قرار می دهد. اختلال دوقطبی نه تنها یک اختلال روانی مزمن و شدید است، بلکه درمان آن پرهزینه و برای جامعه نیز گران است. اختلال دوقطبی اغلب همراه با سایر اختلالات روانپزشکی، به ویژه اختلالات اضطرابی و سوء مصرف مواد رخ می دهد. اختلال دوقطبی یکی از علل اصلی ناتوانی در بین جوانان است که منجر به اختلالات شناختی و عملکردی و افزایش مرگ و میر به ویژه مرگ بر اثر خودکشی می شود. تشخیص دقیق اختلال دوقطبی در عمل بالینی دشوار است زیرا شروع آن اغلب یک دوره افسردگی شبیه افسردگی تک قطبی است. علاوه بر این، در حال حاضر هیچ نشانگر زیستی معتبری برای این اختلال وجود ندارد. بنابراین، نقش ارزیابی بالینی بسیار مهم است. تشخیص دوره های هیپومانیک و ارزیابی طولی برای تشخیص اختلال دوقطبی از سایر شرایط حائز اهمیت است. مدل های حیوانی یک ابزار ضروری و یک جزء حیاتی در زمینه تحقیقات پیش بالینی هستند. آنها امکان ایجاد گزینه های درمانی و تشخیصی جدید و در نتیجه بهبود زندگی بیماران اختلال دوقطبی را فراهم می کنند و بنابراین نمی توان از نقش آنها چشم پوشی کرد. مطالعات بیولوژیکی اختلال دوقطبی در ابتدا بر مکانیسم اثر داروهای ضد افسردگی و داروهای ضد روان پریشی متمرکز شد و نقش مونوآمین ها (به عنوان مثال، سروتونین، دوپامین) به طور گسترده مورد مطالعه قرار گرفت. بطور کلی درمانهای دارویی و روانی- اجتماعی که بر اساس مبنای بیولوژیکی بر بیمار ترکیب و بهینه شود و درمان فردی را محقق سازد ممکن است تأثیرگذار باشند. در این مقاله به بررسی بیماری اختلال دوقطبی و ویژگی های آن از جمله علائم و درمان و... پرداخته ایم.
فولادی، محمدرضا و مهدیان، زهرا	۱۴۰۳	بررسی و تبیین اختلال دو قطبی در میان نوجوانان و بررسی اثرات آن بر عملکرد تحصیلی و رفتاری گروه مذکور	اختلال دوقطبی، اختلال روانی است که با دوره های شیدایی، افسردگی و خلق غیر طبیعی شناخته می شود که فرد در این اپیزود های ذکر شده دارای عملکرد بسیار نا متعادل و نا مناسبی است که در واقع باعث ایجاد اختلال در عملکرد روزمره افراد دارای این اختلال می شود و کارکرد فردی و اجتماعی آن ها را دستخوش تغییر میکند. بنا به تحقیقات صورت گرفته، نتایج حاصله بیانگر افزایش میزان ابتلا به این اختلال بخصوص کودکان و نوجوانان می باشد، با توجه به اهمیت سازندگی این قشر سنی از جامعه و بمنظور کاهش میزان درگیری با این اختلال در میان نوجوانان می بایست راهکار های توریک و عملی در نظر گرفته شود تا بتوان در پیشگیری و درمان این اختلال موفق عمل کرد. در این مقاله نیز سعی شده است که همگام با بررسی تشریحی این اختلال اعم از: ماهیت - تعریف - علل ابتلا- راهکار های درمانی و ... به بررسی تأثیر این اختلال بر سطوح عملکرد تحصیلی و رفتاری در میان نوجوانان پرداخته شود.
زردشتیان مقدم، مهسا و خدابخش، محمدرضا	۱۴۰۲	اثر بخشی آموزش روانشناختی گروهی در کاهش اضطراب خانواده بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی	هدف این مطالعه تعیین تأثیر مداخلات آموزشی گروهی بر میزان اضطراب مراقب اصلی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در اولین بستری می باشد. روش پژوهش کار آزمایی بالینی از نوع نیمه تجربی است. جامعه مورد پژوهش مراقبین بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی است که با گروه شاهد و به روش نمونه گیری آسان انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه برابر آزمایشی ۳۰ (نفر) و شاهد (۳۰ نفر) گرفت گروه ها تا حد امکان از نظر متغیرهای جمعیت شناختی بایکدیگر همتا شدند. ازمایشنامه اضطراب بک در ۲ مرحله که شامل پیش از انجام مداخله و پس از انجام مداخله استفاده شد و از هر دو گروه، تقاضا شد، در جلسه های حضور یابند و به صورت گروهی پس از ازمون (پرسشنامه اضطراب بک) را تکمیل کنند. جلسه آموزشی، حمایتی برای گروه های ازمون هفته ای دو جلسه به مدت ۶۰ دقیقه برگزار گردید. در طی پنج جلسه مداخلات روانی آموزشی گروهی را دریافت کردند و گروه کنترل پس از پیش ازمون در این مدت هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. برای اتالیز داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. میانگین میزان اضطراب در گروه آزمایش در پیش ازمون ۳۱۱ / ۲۵ با انحراف معیار ۳۰ / ۳ و در گروه گواه ۴۹۲ / ۱ با انحراف معیار ۴۶ / ۰ بود. میانگین میزان اضطراب در گروه آزمایش در پس ازمون ۱۳۴ / ۳۰ با انحراف معیار ۶۶ / ۲ و در گروه گواه ۱۷۸ / ۲ با انحراف معیار ۲۶ / ۰ بود. مداخله آموزش روانشناختی گروهی ی خانواده های بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی ی با طراحی درمان مورد استفاده در این پژوهش توانست تغییرات مطلوبی در آگاهی مراقبین در رابطه با مراقبت از بیماران و کاهش اضطراب ایجاد نماید.
زرگران، طه و آزاد مهر، نگار و چهره پرداز، پردیس	۱۴۰۲	جستاری در اختلال روانی دو قطبی بر سلب حضانت پدر	حقوق خانواده از مهمترین اقسام حقوق در همه جوامع و بالاخص جامعه ایرانی است؛ زیرا عقد نکاح بطور مستقیم با نهاد خانواده و حقوق زوج، زوجة و فرزندان در ارتباط است. از جمله موضوعات مهمی که در دسته حقوق خانواده دسته بندی می شود، موضوع «حضانت» است. حضانت نوعی ولایت و سلطنت بر کودک و مجنون به منظور نهداری و تربیت آنهاست که از جمله حقوق و تکالیف والدین به شمار می رود. بطور دقیق تر می توان گفت که حضانت، نگهداری و تربیت اطفال است به گونه ای که صحت جسمانی و تربیت وی با توجه به نیازمندی های حال و آینده او، و وضع و موفقیت والدین طفل تأمین می گردد. مسئله حضانت و اولویت هریک از پدر و ما در برای نگهداری و سرپرستی و ملاقات آنان با طفل، زمانی مطرح می شود که زوج و زوجة از هم جدا می شوند. موضوع حضانت مطابق با قوانین ۱۱۷۸ تا ۱۱۷۹ قانون مدنی و همچنین در قانون حمایت از خانواده طی مواد ۴۰۰ تا ۴۷۷ مورد توجه قانونگذار قرار گرفته است. قانونگذار مدنی، موارد سلب حضانت از زوج یا زوجة را بطور انحصار در قوانین موضوعه گردآوری کرده است؛ لکن در میان آن موارد، «اختلال روانی دوقطبی» زوج یا زوجة هیچ جایگاهی نداشته و به آن اشاره نشده است. ویژگی های «اختلال روانی دوقطبی» در زوج یا زوجة در سطوح مختلف بگونه ای است که آثار آن بر موضوع حضانت قابل توجه است. پژوهش حاضر با استفاده از روش توصیفی- تحلیلی درصدد ارزیابی چگونگی آثار «اختلال روانی دوقطبی» بر سلب حضانت است.
طیرانی نجاران، فرزانه و مشهدی، علی و بیگدلی، ایمان الله و سلطانی فر، عاطفه	۱۴۰۲	نارسایی های الگوهای ارتباطی و کنش وری خانواده نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی	هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی الگوهای ارتباطی و کنش وری های خانوادگی در نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی بود. روش: مطالعه حاضر از نوع توصیفی و با روش علی مقایسه ای دو گروهی بود. جامعه آماری مطالعه حاضر کلیه نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی بودند. تعداد ۵۲ نوجوان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی بستری در بیمارستان روان پزشکی این سینا مشهد از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ۵۲ نوجوان داوطلب سالم نیز جهت مقایسه داده ها، مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده ها از طریق اجرای دو پرسش نامه ی عملکرد خانواده (FAD) و الگوهای ارتباطی خانواده (FCP) جمع آوری شد. برای تحلیل داده ها، روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری مورد استفاده قرار گرفت. تمامی فرایندها تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری «SPSS ۲۶» صورت گرفت. یافته ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه نوجوانان (مبتلا به اختلال دوقطبی و سالم) در مولفه های پرسشنامه عملکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، نقش ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، عملکرد کلی) و مولفه های پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده (گفت و شنود، هم نوازی) تفاوت معناداری وجود دارد (p < ۰/۰۱). (وجود کنش وری های خانوادگی مختل در اختلال خلقی دو قطبی نوجوانان باید به عنوان عاملی مهم در درمان و مداخلات مورد توجه ویژه قرار گیرد.
عنایتیان، امید و هاشمی، سیدمحمدعلا	۱۴۰۲	بررسی رابطه اختلال دو قطبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه فردوسی	فرزادها یا حساسی (مانیا و هایپومانیا) و دوره های افسردگی و نشیهای روانی (دپرسیون) را تجربه میکنند. هنگامیکه شخصیت دوقطبی به علام افسردگی دچار میشود، احساس ناراحتی و ناامیدی پیدا میکند. معمولاً در این اپیزود، فرد نسبت به فعالیت های روزمره اشتیاق ندارد. او برای انجام فعالیت های جدید هم تمایلی نشان نمیدهد. هنگامیکه مود و حالت روانی فرد به مانیا یا همان شیدایی تغییر میکند (و یا هایپومانیا که حالت خفیف تر مانیا است)، رفتارهای انرژی از خود نشان میدهد. همچنین نسبت به بیشتر مسائل اطراف خود، اشتیاق بیاندازه و غیرعادی نشان میدهد. تشخیص اختلال دو قطبی یک فرایند پیچیده است. مک اینتیر و کلابرس اظهار داند که ۹۰ درصد مواقع تشخیص ابتدایی اشتباه است. این اشتباهات عمدتاً به استفاده از معیار های DMS-۵ برای اختلال افسردگی اساسی و دو قطبی و همچنین به اینکه دوره افسردگی عموماً اولین علامت است نسبت داد. اگرچه برای ابتلا به دو قطبی، بیمار باید سابقه شیدایی و هایپومانیا hypomania داشته باشد
خلیل زاده نقدی، ندا	۱۴۰۲	بررسی میزان تأثیر عوامل محیطی در بروز علائم اختلال دو قطبی در نوجوانان	اختلال دو قطبی، یک اختلال روانی پیچیده است که تأثیر عمیقی بر زندگی فرد دارد. این اختلال شامل دوره های افسردگی شدید و دوره های بالقوه منفی مانیک یا هایپومانیک می شود. علل این اختلال گوناگون بوده و شامل عوامل ژنتیکی، محیطی، و هورمونی است. عوامل ژنتیکی نقش مهمی در بروز این اختلال دارند و اگرچه به صورت ارثی منتقلی شود، تأثیرات محیطی نیز بر ظهور آن اثر دارند. تغییرات در هورمون های بدن نیز ممکن است به عنوان یکی از عوامل موثر در ایجاد اختلال دو قطبی در نظر گرفته شود. استرس و فشارهای روحی، مصرف مواد مخدر، و برخی از بیماری های مزمنی نیز به عنوان عوامل تشدید کننده در این اختلال شناخته می شوند. در حال حاضر هیچ نشانگر زیستی معتبری برای این اختلال وجود ندارد. بنابراین، نقش ارزیابی بالینی بسیار مهم است. تشخیص دوره های هایپومانیک و ارزیابی طولی برای تشخیص اختلال دوقطبی از سایر شرایط حائز اهمیت است. اختلال دو قطبی می تواند بر جنبه های مختلف زندگی فرد تأثیر بگذارد، از جمله کارایی شغلی، روابط شخصی، تحصیلات و



سلامت عمومی. این اختلال به طور معمول در دوران بلوغ ظاهر می شود، اما ممکن است در دوران نوجوانی هم آغاز شود. با توجه به اهمیت موضوع مقاله حاضر باروش مروروی کتابخانه ای ارائه شده است.			
مقدمه: اختلال دوقطبی از جمله اختلال های روانپزشکی شایع و ناتوان کننده است، که ابعاد مختلف زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی فرد را متاثر می سازد. هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر روان درمانی روابط ایزه ای بر الگو های دلبستگی ناایمن زنان ۲۵-۳۰ ساله مبتلا به اختلال دوقطبی بود. روش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه، همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه زنان مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در بیمارستان های روان پزشکی اصفهان در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ تشکیل دادند. از میان بیماران مراجعه کننده به بیمارستان روانپزشکی مدرس اصفهان، تعداد ۴۰ زن مبتلا به اختلال دوقطبی به روش دردسترس و مبتنی بر ملاک های ورود و خروج انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (۲۰=۲۰). ابزار پژوهش پرسشنامه سبک های دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷) بود. گروه آزمایش در معرض ۱۶ جلسه ۴۵ دقیقه ای ای روان درمانی روابط ایزه ای مبتنی بر پروتکل استاندارد قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشتند. داده ها با استفاده از نرم افزار آماري SPSS ۲۳ و با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان داد که بین میانگین های تعدیل شده دلبستگی ناایمن اجتنابی و دلبستگی ناایمن دوسوگرا در گروه آزمایش پس از اجرای مداخله تفاوت معناداری ایجاد شد و این تفاوت تا مرحله پیگیری ادامه داشت (۰/۰۰۱ < P). نتیجه گیری: با توجه به اثرگذاری روان درمانی روابط ایزه ای بر الگوهای دلبستگی ناایمن می توان از این روش درمان برای بهبود بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی سود جست.	اثربخشی روان درمانی روابط ایزه ای بر الگوهای دلبستگی ناایمن زنان ۲۵-۳۰ ساله مبتلا به اختلال دو قطبی	۱۴۰۲	بی ریائی نجف آبادی، دلارام و نوبین، آرمینا
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و علائم مثبت و منفی بیماران اختلال دو قطبی انجام پذیرفت. در این پژوهش آزمایشی، که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام گرفت، ۳۶ نفر از مراجعه کنندگان به بیمارستانهای اعصاب و روان، که بر اساس ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تشخیص اختلال دو قطبی دریافت می کردند به طور تصادفی به سه گروه ۱۲ نفری تقسیم شدند. گروه اول تحت ۱۰ جلسه درمان شناختی- رفتاری، گروه دوم تحت ۱۲ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. داده ها از طریق پرسشنامه های افسردگی دوقطبی و مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی جمع آوری گردید. برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته ها: نشان داد درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروههای آزمایش باعث کاهش افسردگی و علائم مثبت و منفی شده است. در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری مشاهده نشد. همچنین بین درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی، اختلاف معناداری مشاهده نشد. اما رویکرد اکت، بر تنظیم علائم مثبت و منفی اثربخشی بیشتری داشته است. بنابر نتایج این درمانها در کاهش علائم اختلال دوقطبی اثر بخشند. لذا تدوین این مداخلات درمانی در کنار دارو درمانی می تواند سبب کنترل و جلوگیری از عود علائم اختلال دوقطبی شود.	مقایسه اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافسردگی و علائم بیماران اختلال دو قطبی	۱۳۹۸	محمدی، فرزانه و بقولی، حسین و مهریار، امیر هوشنگ و سامانی، سیامک
زمینه و هدف: ارتباط عملکرد خانواده با ویژگی های روانی فرد یکی از مهم ترین بحث های خانواده درمانی می باشد. اختلال اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی ۱ نیز از اختلالات شایع بیماریان بستری در بیمارستان می باشند لذا در این طرح بر آن شایع اختلالات عملکرد خانواده را در این دو گروه مقایسه و بررسی کنیم. مواد و روش کار: در این پژوهش موردی شهادی ۵۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و ۵۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی ۱ و همچنین گروه شاهد شامل ۵۰ نفر از مشاغل مختلف توسط مقیاس سنجش عملکرد خانواده (FAD-II) مورد ارزیابی قرار گرفتند. در آخر نتایج سه گروه توسط نرم افزار SPSS ۲۱ مقایسه شد. یافته ها: نتایج بدست آمده حاکی از اختلاف معنی دار دو گروه بیماران با گروه شاهد بود. در مقایسه بیماران اسکیزوفرنی با اختلال دوقطبی ۱ نیز اختلال عملکرد خانواده در گروه بیماران اسکیزوفرنی در هر دو جنس شدیدتر بود اما از لحاظ سنی اختلاف معنی دار عملکرد خانواده بین دو گروه بیماران تنها در بیماران ۲۰ تا ۴۰ سال معنی دار بود. نتیجه گیری: با توجه به نتیجه بدست آمده مبنی بر اختلال شدیدتر عملکرد خانواده در بیماران اسکیزوفرنی، به نظر می رسد خانواده درمانی می تواند به عنوان درمان کمکی توام با دارو در درمان بهتر و موفق تر این بیماران موثر باشد. واژه های کلیدی: عملکرد خانواده، اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی	مقایسه عملکرد خانواده در بیماران اسکیزوفرنی با بیماران اختلال دو قطبی ۱	۱۳۹۴	هاشمیان، پیمان و ادريس صدائتی، محمد
مقدمه: همودی اختلالات شخصیت با بیماری دوقطبی یک پدیده مشترک می باشد. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی اختلالات شخصیت در بیماران دو قطبی بعد از درمان فاز حاد بیماری مراجعه کننده به بیمارستان فرشچیان همدان انجام شده است. روش کار: در این مطالعه مقطعی ۱۰۱ بیمار بزرگسال با تشخیص بیماری دو قطبی در فاز مانیا بر اساس معیار DSM-IV-TR بستری در بیمارستان روانپزشکی فرشچیان شهر همدان در سال ۱۳۹۱ بعد از درمان با آزمون بالینی چند محوری میلیون از نظر اختلالات شخصیت مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای توصیف داده ها از توزیع فراوانی و برای تحلیل داده ها از آزمون chi square استفاده شد. یافته ها: اختلال شخصیت در ۴۵ نفر از بیماران (۴۴/۶٪) مشاهده شد. شایع ترین اختلالات شخصیت شامل، در گروه B با ۳۳ نفر (۳۲/۷٪)، در گروه C با ۷ نفر (۶/۹٪) و گروه A با ۱ نفر (۸/۱٪) بود و ۴ نفر (۴/۴٪) دارای دو گروه از اختلال شخصیت بودند. در افراد با سابقه خانوادگی بیماری روانپزشکی شیوع اختلال شخصیت به طور معنی داری بیشتر بود. شیوع اختلال شخصیت گروه B در افراد با سن پایین و شیوع گروه (A+B) در افراد با سن بالا بیشتر بود. نتیجه نهایی: بطور کلی همراه شدن اختلالات شخصیت با اختلال دوقطبی یک پیش آگهی منفی در درمان و سلامت روانی آنان می باشد و درمانگران باید به تشخیص و درمان اختلال شخصیت در بیماران توجه کنند.	همودی اختلالات شخصیت در بیماران با اختلال دو قطبی نوع یک بعد از درمان فاز مانیا	۱۳۹۳	رحیمی، علیرضا و پور رحیمی، مقصود و احمد پناه، محمد و شمسائی، فرشید و ترابیان، سعادت
اختلال دو قطبی یکی از اختلالات روانپزشکی است که با تغییر حالت های خلقی فرد همراه است. در این اختلال، فرد دارای دوره های افسردگی شدید و دوره های منفی خودخواهانه با روحیه بالا است. این اختلال معمولاً با علائمی همچون تغییرات شدید در روحیه، افکار و رفتار فرد همراه است. اختلال دو قطبی به دلایل مختلفی برمی گردد، از جمله ژنتیک، شیمیایی مغز، استفاده از مواد مخدر و الکلی، تنش های روانی و فشارهای زندگی. برخی از عوامل موثر در این اختلال شامل پیشینه خانوادگی، ترس از افسردگی، تغییرات هورمونی، مصرف داروهای گوناگون و واکنش به رویدادهای زندگی می باشد. برای پیشگیری و کاهش خطر ابتلا به اختلال دو قطبی، باید از عوامل شیمیایی، مثل مصرف مواد مخدر و الکلی، خوددرمانی با داروها و تجویز داروهای نامناسب پرهیز کرد. همچنین، تمرینات ورزشی و تدریه سالم نیز می تواند به عنوان روشهای پیشگیری از اختلال دو قطبی موثر باشد. به طور مثال، تحقیقات نشان داده است که ورزش می تواند به کاهش علائم افسردگی و دو قطبی کمک کند. علاوه بر این، مدیریت استرس و تنش های روانی نیز به عنوان یک راهکار مهم در کاهش خطر ابتلا به این اختلال مطرح است. به عنوان مثال، مراقبت از خود و اعتدای به روابط اجتماعی، تمرینات آرامش بخش و مدیتیشن، و به دنبال کردن روشهای موثر مدیریت استرس می تواند به کاهش خطر ابتلا به این اختلال کمک کند. ما در این مقاله به بررسی علل اختلال دو قطبی و راه های پیشگیری از آن پرداخته ایم.	بررسی علل اختلال دو قطبی و راه های پیشگیری از آن	۱۴۰۲	عطائی، مرتضی
مقدمه: اختلال خلقی دو قطبی یکی از شایع ترین بیماری های روان پزشکی است. این مطالعه برخی از خصوصیات جمعیت شناختی و متغیرهای اساسی در این بیماری را در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی بستری شده در بیمارستان قارابی کرمانشاه مورد بررسی قرار می دهد. روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی کلیه بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی که به صورت پی در پی از سال های ۱۳۸۰ تا آذر ۱۳۹۴، در بیمارستان قارابی شهر کرمانشاه بستری شده بودند، انجام شد. اطلاعات مورد نیاز از روی پرونده های بیماران، جمع آوری شد. اطلاعات جمع آوری شده با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های یومان-وینتی و تحلیل واریانس تحلیل شد. یافته ها: در مجموع ۲۱۸ بیمار با اختلال خلقی دو قطبی که ۱۲۰ نفر آنان (۵۵/۹٪) مرد بودند، مورد ارزیابی قرار گرفتند. ۴۵/۹ درصد متاهل و متوسط سن بیماران ۳۹/۶±۱۲/۹ سال بود. ۷۲/۴ درصد ساکن مناطق شهری بودند. میانگین تعداد بستری ها در بین سطوح متغیرهای جمعیت شناختی، به صورت سبک، متوسط، سبک، سابقه ۱۰، مصرف مصرف مواد مخدر و سابقه ای اعتیاد در خانواده، به طور معنی داری تفاوت بود (۰/۰۵ < P). نتیجه گیری: به طور متوسط هر سال حدود ۱۵ نفر مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی در این بیمارستان بستری شده اند. به نظر می رسد که در زمینه آموزش بیماران و خانواده های آن ها برنامه ریزی ها و امکانات بیشتری به خصوص در مناطق شهری و خانواده های دارای سابقه اعتیاد و مصرف سیگار، باید در نظر گرفته شود.	موارد اختلال خلقی دو قطبی بستری در بیمارستان قارابی کرمانشاه: ارزیابی ۱۵ ساله (۱۳۸۰-۱۳۹۴)	۱۳۹۶	رضایی، منصور و رحمانی، شرمین و هاشمی، سید رضا و فرتیان، وحید
سابقه و هدف: اختلال دو قطبی نوع یک، اختلالی شدید است. سیر طبیعی و تظاهرات آن بسیار متغیر و اغلب با عود همراه می باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل موثر بر عود اختلال دو قطبی نوع یک با استفاده از مدل فرایند شمارشی Andersen- Gill انجام گرفت. مواد و روش ها: در یک مطالعه هم گروهی دو سو نگر، ۲۵۵ بیمار (۱۴۱ مرد و ۱۱۴ زن) مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک با سابقه بستری در مرکز روان پزشکی زارع ساری به مدت ۴ سال از گذشته و ۵ سال از آینده و در مجموع، طی دوره پنج ساله (از فروردین ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۹۰) مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات مورد نیاز از پرونده های پزشکی بیماران و تماس تلفنی با خانواده های آنان جمع آوری و در فرم هایی که حاوی متغیرهای دموگرافیک، روان پزشکی و متغیرهای مربوط به عود بیماری بود، وارد گردید. جهت در نظر گرفتن کل موارد عود اختلال دو قطبی نوع یک و به منظور تعیین متغیرهای پیش بین عود، از مدل رگرسیونی فرایند شمارشی Andersen- Gill و بسته نرم افزار آماري STATA نسخه ۱۰، استفاده شد. یافته ها: در ۶۹۳ مورد عود در طول دوره پیگیری رخ داد. عود در بیماران اختلال دو قطبی نوع یک شایع بود؛ به طوری که همه بیماران حداقل یک بار عود را تجربه نمودند. ۲۹ نفر (۱۱/۴ درصد) فقط یک بار، ۹۰ نفر (۳۵/۳ درصد) دو بار، ۸۷ نفر (۳۴/۱ درصد) سه بار، ۲۵ نفر (۹/۸ درصد) چهار بار، ۲۱ نفر (۸/۲ درصد) پنج بار و ۳ نفر (۱/۲ درصد) شش بار دچار عود شدند. مدل رگرسیونی فرایند شمارشی Andersen- Gill نشان داد که تعداد برهه های قبلی، سابقه اختلالات روانی در بستگان درجه یک، مخاطره رخداد عود را افزایش (نسبت خطر بیشتر از ۱، ۰/۵۱ < P) و وجود روان پریشی در هر عود مخاطره رخداد عود را کاهش (نسبت خطر کمتر از ۱، ۰/۵۱ < P) می دهند. استنتاج: اختلال دو قطبی نوع یک، دارای عود زیادی می باشد. با برازش مدل رگرسیونی فرایند شمارشی Andersen- Gill برای پیش بینی متغیرهای تاثیرگذار بر رخداد عود اختلال دو قطبی نوع یک، مشخص گردید که تعداد برهه های قبلی، سابقه اختلالات روانی در بستگان درجه یک و وجود روان پریشی در هر عود متغیرهای پیش بین عود می باشند.	به کارگیری مدل فرایند شمارشی Andersen- Gill در تعیین عوامل موثر بر عود اختلال دو قطبی نوع یک	۱۳۹۲	یزدانی جراتی، جمشید و ضرغامی، مهران و سعادت، سمانه
سابقه و هدف: اختلال دوقطبی نوعی اختلال خلقی و یک بیماری روانی است که به دو نوع اختلال دوقطبی نوع یک و نوع دو بروز می کند. در صورتی که بیماران حداقل یک دوره مانیا را تجربه کنند، مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک هستند. اختلال دو قطبی نوع یک، بیماری شایع، مزمن و عود کننده است که عوامل مختلفی بر عود مجدد آن موثر است. هدف این مطالعه بررسی عوامل موثر بر عود بیماری در این بیماران با استفاده از مدل شکستگی است. مواد و روش ها: این پژوهش شامل اطلاعات ۶۶۸ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک است که در بیمارستان فرشچیان همدان طی سال های ۱۳۸۷-۹۳ بستری بوده اند. اطلاعات از طریق پرونده بیماران جمع آوری شد. بیماران که بیش از یک بار عود منجر به بستری شدن در بیمارستان داشتند، وارد مطالعه شدند. در مطالعه حاضر فاصله زمانی بین عودها در بیماران ثبت و مورد بررسی قرار گرفت. از مدل شکستگی در بسته frailty pack نرم افزار R برای برازش مدل استفاده شده است. یافته ها: میانگین (اتحراف معیار) سن بیماران (۱۱/۵۶/۳۴/۱) سال بود و ۱۶۰ نفر (۲۲/۷ درصد) مرد بودند. ۶۲۸ بیمار مورد مطالعه، ۶۹۶ مورد عود در طول دوره پیگیری رخ داد. تعداد دفعات عود بین دو تا هفت بار بود. همه بیماران حداقل دو بار عود را تجربه نمودند. نتایج برازش مدل شکستگی تکه ای نشان داد که اثر متغیرهای سن، قومیت، محل سکونت، جرم و جنایت و نوع درمان بر زمان عود معنی دار هستند (P > ۰/۰۵). استنتاج: با توجه به این که عوامل زیادی شامل عوامل فردی و ویژگی های بیماری ممکن است بر عود و بازگشت بیماری اثرگذار باشد، لذا شناسایی این عوامل می تواند به پیشگیری یا کاهش بروز عود مجدد اختلال دوقطبی کمک کند.	تعیین عوامل موثر بر زمان عود در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک با استفاده از مدل شکستگی	۱۳۹۶	وجدانی آرام، سودابه و فردمال، جواد و روشناسی، قدرت اله و نجفی وثوق، رویا و محبوب، حسین و قلعه ایها، علی

مقایسه نظریه ذهن در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال عاطفی دوقطبی و افراد بهنجار بود. از بین افراد مبتلا به اختلال عاطفی دوقطبی و اسکیزوفرنی و افراد نرمال شافل در کلینیک‌های خصوصی روانپزشکی و بیمارستان‌های روانی شهر اردبیل ۶۰ نفر (۲۰ نفر مبتلا به اسکیزوفرنی، ۲۰ نفر مبتلا به اختلال عاطفی دوقطبی، ۲۰ نفر افراد سالم) از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس آزمون‌های نظریه ذهن داستان‌های مصور (PI) و باور کاذب (FB) برای آنها اجرا شد. تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با افراد بهنجار در آزمون‌های نظریه ذهن داستان‌های مصور و باور کاذب عملکرد پایین‌تری دارند. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال عاطفی دوقطبی در آزمون‌های نظریه ذهن عملکرد پایین دارند. بین عملکرد افراد دچار اختلال عاطفی دوقطبی و افراد بهنجار در باور کاذب و داستان‌های مصور تفاوت معناداری وجود نداشت.	افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال عاطفی دوقطبی و افراد بهنجار	غفاری، غزرا و کراسکیان، ادیس و بیگلری، شبنم
تحقیق حاضر با هدف مقایسه سه کارکردهای اجرایی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی و افراد عادی شهر گرگان انجام شد. روش تحقیق توصیفی از نوع علی مقایسه ای و جامعه آماری ، بیماران دوقطبی و افراد عادی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر گرگان بود. حجم نمونه ۴۰ نفر (۲۰ بیمار دوقطبی و ۲۰ فرد عادی) بود. نمونه های عادی از طریق همتاسازی با بیماران به لحاظ سن و جنسیت انتخاب شدند و روش نمونه گیری در دسترس بود. آزمون های رایانه ای استروپ و دسته بندی کارتهای وی سکان سین ، توستاد هر دو گروه در تحلیل واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت . با توجه به یافته های آماری پاسخ صحیح همخوان و پاسخ صحیح ناهمخوان و پاسخ صحیح در افراد عادی بیش از افراد بیمار است . همچنین زمان همخوان و زمان ناهمخوان و خطا در جاماندگی در افراد دوقطبی بیشتر است . به عبارت دیگر کارکردهای اجرایی در افراد عادی بهتر از افراد دوقطبی است .	مقایسه ی کارکردهای اجرایی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی و افراد عادی شهر گرگان	خشعی، علیرضا و کیا، فروغ و پارسائی، سمانه و یعقوبی، مانده
خلال دو قطبی با شروع دوران کودکی (CBD) مجموعه ای از مشکلات مرتبط با تشخیص و درمان اولیه را نشان می دهد. و از طرفی اختلال دو قطبی با انواعی از پیش سازها و بیماری ها همراه است. اختلال دو قطبی کودک ونوجوان که به اندازه ی کافی مورد مطالعه قرار نگرفته اند بنابراین درمان مهم باقی می ماند.تاخیر در اولین شروع درمان بیشتر است و هم شروع اولیه و هم تاخیر درمان با دوره های افسردگی درمان شناخت بیشتر و پیش آگاهی به در بزرگسالی است. علیرغم اینکه دارو درمانی ازجمله لیتیم و آنتی سایکوتیک های دارو درمانی آتیک در شیدای موثر هستند، اما داروهای افسردگی، به استثنای لورازپام، برای کودکان ۷-۱۰ ساله درمان مبتنی مهم است. با این حال، درمان تخصصی جامع پس از بستری شدن در بیمارستان در حملات شیدایی بر ذهن آگاهی اولیه به کودکان مبتلا به اختلال دو قطبی با درمان سنتی میشود. که بر نیاز به راه درمانهای ترکیبی دارویی، آموزش روانی وانی اجتماعی و روانی آموزشی برای این بیماری در مواردی که مشاهده کننده تاخیر میشود.تجربیهای متفاوتی بین عملکرد جنسیتی تلاوم اختلال، شروع زود رس اختلال در کودک و نوجوان میتوانند در درمان و پیشگیری از حملات شیدایی اختلال دو قطبی موثر باشند.تاثیرشویه های درمان گوناگون مختلف همواره با پرسش وایهام اختلال دو قطبی همراه است. که نیازمند ترسیم دقیق تر برای بهبود شرایط درمانی و کنترل سیر بیماری این افراد است.مطالعه حاضروشوهای نشان اختلال دو قطبی را با تاکید بر دوره سنی کودکی و نوجوانی مورد بررسی قرار می دهد.	روش های درمان اختلال دو قطبی با تاکید بردوران کودک و نوجوانی: یک مقاله مروری	شیخ ویسی، حسین و علی بیگی، ندا و صادقی منش، زینب و پورمحمدرضاتجربیشی، معصومه
مقدمه: اختلال دوقطبی با اختلال درتنظیم هیجان و نوسان خلق شناخته می شود. پیشرفت ها در تصویربرداری عصبی- عملکردی منجر به مطالعاتی شده است که درک ما را از نوروفیزیولوژی اختلال دوقطبی افزایش داده اند. این مطالعات، نقش ژنتیک و تغییرات ساختاری و عملکردی مغز را در بیماران اختلال دوقطبی(BD) شناسایی و یافته های متعددی را در دو دهه اخیر گزارش کرده اند. هدف ما از این مطالعه بررسی اختلال دو قطبی، علل عصبی زیستی آن و درمانهای ارائه شده است.روش کار: این پژوهش یک مطالعه مروری است. اطلاعات مربوط به اختلال دو قطبی و علل عصبی- زیستی و درمان آن به روش سیستمی کیفی و کتابخانه ایی از کتب معتبر آسیب شناسی روانی، نوروسایکولوژی و پژوهش های مرتبط داخلی و خارجی از پایگاه های مختلف اطلاعاتی مانند Pubmed گردآوری شده و مورد بررسی قرار گرفت.یافته ها: اختلال دو قطبی چند نوع است. در اختلالات دو قطبی خلق فرد به طور مستمر و غیر عادی از حالت خیلی خوب به حالت خیلی بد تغییر می کند که در میان این نوسانات شدید خلقی، دوره های سالم (euthymia) هم وجود دارد. در تحقیقات اخیر مشاهده شد، شاغلرهای ژنتیکی خاصی در مورد این بیماری وجود دارد و موروثی بودن اختلال دو قطبی را تایید می کند. همچنین تحقیقات، اختلالات مغزی عصبی از جمله حجم کم هیپوکامپ سمت راست تغییرات حجمی در آمیگدال عدم توازن و کم شدن فعالیت در طیف وسیعی از مناطق قشرمغز، و ناهنجاری در سطح برخی پیام رسان های عصبی مانند سروتونین و گلوتامات را با این بیماری مرتبط می داند. برای درمان این بیماری، دارو به همراه تنظیم الگوی خواب و بیداری تاکید شده است. نتیجه گیری: اختلال دوقطبی با اختلال در خلق و تا حدی نقایص شناختی، ظاهر می شود که علل آن هنوز به طور کامل شناخته نشده است، نتایج تحقیقات انجام شده در این زمینه اولاً نقش ژنتیک را مهم دانسته است و ثانیاً حاکی از آن است که مغز افراد دو قطبی با مغز افراد سالم فرق می کند و با تغییرات در ماده خاکستری (GM) و ماده سفید (WM) مغز مرتبط است.	مروری بر اختلال دو قطبی،علل عصبی زیستی و درمان آن در مطالعات رایج	بهی، فاطمه
اختلال دوقطبی، یک اختلال روانی ناتوان کننده است که با دوره های عودکننده افسردگی، مانیا و هیپومانیا مشخص می شود. این اختلالاساس بیولوژیک داشته و ناشی از تغییرات شیمیایی مغز است. میتوان آن را از دیدگاه نوروسای کولوژی و اثری که بر روی عملکردهای شناختیمی گذارند بررسی کرد و به نتایج جالبی دست یافت که هم به شناخت بهتر این اختلالات کمک کرده و هم به ارائه راهکارهای بهتر درمانی برابردیاناتگرا منجر شود. واژه نوروسایکولوژی از ترکیب دو کلمه نورولوژی و روانشناسی به وجود آمده است. نورولوژی به عنوان شاخه ای از پزشکی محسوب میشود که با دستگاه اعصاب و اختلالات مرتبط با آن سروکار دارد. روانشناسی نیز به عنوان مطالعه علمی رفتار و فرایندهای روانتعبیر شده است. نوروسایکولوژی شاخه ای از روانشناسی است که بیماران مبتلا به آسیب مغزی را از مورد مطالعه و درمان قرار می دهد و سعی میکند از روی علل غلامن مکانیسم های مسئول، رفتار بهنجار و ناهنجار را دریابد. یکی از اساسی ترین سولاتی که پیش روی یک متخصص نوروسایکولوژی قرار دارد این است که آیا اختلالی که در یک بیمار وجود دارد به علت آسیب مغزی ایجاد شده است یا دلیل آن اختلالات روانپزشکی عمده است؟ دلیل دشواری تفکیک یک اختلال روانپزشکی از صدمات مغزی به این واقعیت برمی گردد که طیف اختلالات روانی بسیار گسترده است و در اغلب موارد دربرگیرنده اختلالات شناختی بوده و به همین دلیل ممکن است با آسیب مغزی اشتباه گرفته شود. هدف از پژوهش حاضر مطالعه مروری اختلال دوقطبی از دیدگاه نوروسایکولوژی بود. تحقیق به روش مروری انجام گرفت. با کلمات کلیدی دوقطبی،اختلال دوقطبی و نوروسایکولوژی در سایت های مرتبط و مجلات روانشناسی از سالهای ۲۰۲۲-۲۰۱۶ جستجوی مقالات و تحقیقات انجام یافته ها نشان داد که نوروسایکولوژی و مطالعات مرتبط با آن احتمالاً نقش مهمی در آسیب شناسی اختلالات دوقطبی دارند و میتوانند اهدافدرمانی مهمی را در درمان و توانبخشی این بیماران داشته باشند.	نوروسایکولوژی اختلال دو قطبی و نوروتیپهای مرتبط با آن	امیرآبادی زاده، علیرضا و شیرازی نقدر، سمیه
زمینه و هدف: اختلال دوقطبی، از اختلالات شایع روانپزشکی در قرن ۲۱ است. این بیماری، مزمن، تکرار شونده و همراه با نوسانات خلقی، می باشد. تشخیص اختلال دوقطبی برای فرد و خانواده یک موضوع استرس زا است، مراقبان زمانی می توانند بر استرس مراقبت از مددجوی مبتلا به اختلال روانپزشکی غلبه کنند که تاب آور باشند. تاب آوری در خانواده، به الگوی رفتاری تعاطف پذیر و رشد یافته ی رفتاری مراقبان مددجویان، در مواجهه با مصائب و چالش های پیش آمده با مددجوی تحت مراقبت، اطلاق می گردد. لذا این مطالعه با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزش روان شناختی بر تاب آوری مراقبان مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در مرکز روانپزشکی شهر سمنندج انجام گرفته است. روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ در مورد ۶۴ مراقب خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در مرکز روان پزشکی شهر سمنندج، انجام شد. نمونه گیری، به شیوه در دسترس انجام گرفت. و نمونه ها در دو گروه آزمون (۳۲ نفر) و کنترل (۳۲ نفر) قرار گرفتند. قبل از مطالعه از مراقبان خواسته شد که فرم اطلاعات فردی و پرسشنامه های (CD-RISC) (Connor-Davidson) را تکمیل نمایند. در پایان گروه مددخواه در هفت گروه ۴ تا ۵ نفره، آموزش روان شناختی را طی چهار جلسه، به صورت هفته ای یک بار، در مدت زمان ۴۵ تا ۶۰ دقیقه دریافت نمودند. پس از گذشت چهار جلسه از مطالعه مجدداً پرسشنامه تکمیل شد. گروه کنترل، برنامه ای جز برنامه آموزش معمول بیمارستان دریافت نکرد و همانند گروه مداخله پس از آزمون در مورد آنان نیز اجرا شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تی مستقل و تی زوجی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر توزیع متغیرهای زمینه ای تفاوتی وجود نداشت. میانگین نمره پیش آزمون تاب آوری در دو گروه کنترل و مداخله به ترتیب ۵/۸۰ ± ۲۲/۶۵ و ۵/۶۱ ± ۲۲/۴۴ بود، دو گروه از نظر آمارای اختلاف معنی داری با هم نداشتند (۵۹/۰ = P)، در حالی که میانگین نمره ی پس آزمون تاب آوری در گروه کنترل۶/۱۲ ± ۲۲/۱۹ و در گروه مداخله ۳/۲۴ ± ۳۳/۹۷ بود، که اختلاف آماری معنی داری را نشان می دهد (۰۰۱/۰ < P). مقایسه نمره ی تاب آوری در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در هر گروه به صورت جداگانه نشان می دهد که نمره تاب آوری در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه کنترل اختلاف آماری معنی داری با هم نداشتند (۰۱/۰ < P)، در حالی که افزایش آماری معنی داری در مرحله ی پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه مداخله مشاهده شد (۰۰۱/۰ < P). نتیجه گیری اثرات آموزش تاب آوری در گروه مداخله با آموزش روان شناختی بر تاب آوری مراقبان مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی تاثیر گذار است. ضروری است برنامه هایی همچون آموزش روان شناختی به عنوان یکی از راهکارهای ارتقای تاب آوری در مددجویان و مراقبان آنان مد نظر قرار گیرد.	تاثیر آموزش روان شناختی بر تاب آوری مراقبان خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلال دو قطبی	ابراهیمی، زهرا
اختلال دوقطبی یک اختلال روانی مزمن همراه مانیا/هایپومانیا یا تکرار شونده و همچنین دوره های افسردگی است. این بیماری در نهایت منجر به اختلال در عملکرد کلی فرد و کیفیت زندگی می شود.خطر خودکشی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بیشتر از سایر افراد با اختلالات روانی است. بنابراین، مدیریت موثر اختلال دوقطبی در دوره نگهدارنده ضروری است تا خطر عود را به حداقل برساند. سال هاست که لیتیم درمان استاندارد این بیماری است، اما با عوارض جانبی و تراتوژنیک همراه می باشد. لاموتریزین برای پیشگیری از عود در درمان نگهدارنده اختلال دوقطبی تایید شده است.تاثیر لاموتریزین به اندازه لیتیم می باشد. فارماکولوژی لاموتریزین در اختلال دوقطبی که مشتق ترابراین است؛ مانع از انتشار گلوتامات می شود و کانال های سدیم حساس به ولتاژ را مهار می کند که باعث تثبیت شغاهای عصبی می شود. این دارو دارای اثر مهار ی ضعیف بر روی گیرنده ۵-THT دارد. در شرایط آزمایشگاهی مانع فعالیت ردو کتاز دی هیدروفلوات می شود.بر اساس خواص تثبیت شده لاموتریزین در اختلال دو قطبی کاربرد بالینی دارای خلق و خو را تثبیت می کند، که بیشترین تاثیر را بر علائم افسردگی در اختلالات دوقطبی اثرات. مکانیسم های اثر لاموتریزین تلاشی برای درک اساس کار بالینی تثبیت در این مورد در اختلالات دوقطبی و نقش آن در اختلال دو قطبی است. مکانیسم های لاموتریزین بر مشترکات و تفکیک های بین اعمال لاموتریزین، تثبیت کننده های خلقی واثرات کانال یونی، به ویژه مسدود کردن کانال سدیم، ممکن است نقش مهمی در اثرات ضد تشنج داشته باشد. اقدامات ضد گلوتاماترژیک و محافظت کننده عصبی مکانیسم های نامزد مهمی برای اثرات روانگردان لاموتریزین هستند.	بررسی اثر بخشی آنتی سایکوتیک های آتپتیک و کاربردهای بالینی تحریک منطاسی ترانس کراینال مکررد	ابراهیمی، زهرا
اختلال دوقطبی (BD) یک اختلال خلقی ناتوان کننده است که با دوره های شیدایی، هیپومانیا و/یا مختلطی با افسردگی مشخص می شود. اختلال دو قطبی به طور کلاسیک با دوره های افسردگی و مانیا یا هیپومانیا مشخص می شود. تقریباً ۱ تا ۳ درصد از جمعیت را تحت تاثیر قرار می دهد و با نرخ بالای خودکشی، اختلال عملکردی و کیفیت پایین زندگی مرتبط است.تحریک منطاسی ترانس کراینال یک رویکرد امیدوارکننده برای درمان بیماران مبتلا به BD است که نتوانسته اند به درمان دارویی یا روانی اجتماعی پاسخ دهند. بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی (BD)می توانند مزایایی را پس از داوودرمانی سنتی تجربه کنند، که به گرته های درمانی جایگزینی نیاز دارد که این بیماران را قادر به بهبودی می کند. تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک جدید و غیرتهاجمی که تعدیل عصبی است که شامل استفاده از پالس های منطاسیسی در نواحی پیش فعال یا کم فعال قشر مغز است. تحریک مرکز منطاسیسی ترانس کراینال (TMS)، یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس کراینال (TMS) یک تکنیک غیرتهاجمی تحریک مغز، یک تحریک منطاسی ترانس ک		



درمان توصیه شده برای افسردگی تک قطبی است. در بیماران دوقطبی، آنتی سایکوتیک های دوره های ترکیب شده و جنون های سریع را کنترل میکنند که این به کمک داروهای تثبیت کننده های خلق مانند لیتیم کربنات و سدیم والپروات صورت میگردد. در مواردی که دوره های مانیا خفیف تر هستند مصرف تثبیت کننده های خلق در اولویت باشند. همچنین آنتیپسایکوتیک ها برای درمان جنبه های این بیماری نیز مصرف میشوند دوقطبی حاد یا پیشگیری قبل از درمان. هر دو داروی الاتزپین و کوتیپاین اثربخشی قابل توجهی روی درمان هر سه فاز این بیماری می گذارند. آنتی سایکوتیک آتپیک (Atypical antipsychotic) که به عنوان نسل دوم داروهای آنتی سایکوتیک نیز شناخته می شوند، داروهای جدیدی از گروه داروهای ضد روان پریشی هستند. این داروها جهت درمان بیماری های روانی اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی یا به همراه داروهای ضد افسردگی برای درمان افسردگی اساسی تجویز می شوند. به طور کلی داروهای ضد روان پریشی به عنوان آرام بخش های قوی و نورولپتیک شناخته می شوند.	اختلال دو قطبی	
مقدمه: اختلال دو قطبی به عنوان یکی از معضلات روانی شدید با دوره ای طولانی و میزان قابل توجهی از مرگ و میر است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک بود. روش این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش بیمارانی بودند که در سال ۱۳۹۸ به مرکز توانبخشی بیماران مزمن روانی دلارام گرگان مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش شامل ۱۶ بیمار با اختلال دو قطبی بودند که از میان مراجعه کنندگان به مرکز درمانی و توانبخشی بیماران مزمن روانی دلارام گرگان به شکل هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۸ نفره جایگزین شدند. گروه آزمایشی علاوه بر مصرف دارو، به مدت ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه ای مداخله رفتاردرمانی شناختی را نیز دریافت کرد. گروه گواه صرفاً درمان دارویی دریافت نمود و در حین مطالعه هیچگونه درمان روان شناختی دریافت نکرد. دو گروه تحت بررسی یک دوره پیگیری سه ماهه قرار گرفتند. مقیاس افسردگی دوقطبی پیش از آغاز درمان و پایان جلسات درمان به طور گروهی اجرا شد. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که اثربخشی رفتاردرمانی شناختی همراه با درمان دارویی در کاهش علائم، از درمان دارویی به تنهایی بیشتر می باشد. به علاوه اثرات رفتار درمانی شناختی با توجه به دوره پیگیری در همه شاخص های بالینی پایدارتر بود. نتیجه گیری: براساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری در کنار دارو درمانی می تواند عاملی موثر و اثربخش در کاهش و تثبیت نشانه های بالینی اختلال دوقطبی نوع یک باشد.	اثربخشی رفتار درمانی شناختی در بهبود شاخص های بالینی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک	رسولی، مهرداد و خواجه وند، افسانه و اسدی، جوانشیر
در اختلال شخصیت مرزی و دو قطبی از اختلالاتی در علم روانپزشکی می باشند که همپوشانی زیادی در علائم آن ها دیده می شود. که گاها اختلال شخصیت مرزی را جزء و چاهی برآمده از اختلال اختلال دو قطبی تصور می کردند. این تشخیص و تمایز های ضعیف بر آمده از عدم شناخت کافی از ریشه بیماری ها و علائم آن ها می باشد. شواهد موجود رای به این گزاره می دهند که اختلال شخصیت مرزی جز طیف اختلالات دو قطبی نمی باشد. هدف از این مطالعه، مروری بر تمایز بالینی میان اختلال شخصیت مرزی و اختلال دو قطبی بود.	مروری بر تمایز بالینی اختلال دو قطبی از اختلال شخصیت مرزی	کاظمی، زهرا و دادور، ارمان و فلاحی، معید و نریمانی، عرفان

با طبقه بندی داده های فوق، تحلیل هایی حاصل آمد که شامل تیتتر های ذیل می باشد.

تشخیص و ارزیابی بالینی

تشخیص و ارزیابی بالینی اختلال دو قطبی نقش حیاتی در مدیریت این بیماری دارد و نیازمند یک رویکرد جامع و دقیق است. تشخیص دقیق این اختلال معمولاً از طریق ارزیابی بالینی جامع انجام می شود که شامل شناسایی فازهای هیپومانیک و افسردگی است. ارزیابی طولی بیماران به پزشکان این امکان را می دهد که نوسانات خلقی و الگوهای رفتاری را به دقت زیر نظر داشته باشند و آن ها را از دیگر شرایط روانی متمایز کنند. این فرآیند شامل مصاحبه های بالینی، استفاده از ابزارهای ارزیابی استاندارد و بررسی تاریخچه پزشکی و خانوادگی بیمار است. با توجه به پیچیدگی و تنوع علائم اختلال دو قطبی، تشخیص صحیح و به موقع می تواند به انتخاب روش های درمانی مناسب و پیشگیری از عود علائم کمک کند و در نتیجه کیفیت زندگی بیماران را به طور قابل توجهی بهبود بخشد (والی پور، ۱۴۰۳؛ هاشمیان و ادریس صدیقی، ۱۳۹۴).

دارو درمانی و مدیریت دارو درمانی

مدیریت دارو درمانی در اختلال دو قطبی به ویژه با ترکیب درمان های شناختی و رفتاری (CBT) با دارو درمانی، می تواند به طور قابل توجهی به کنترل و جلوگیری از عود علائم کمک کند. این رویکرد ترکیبی به بیماران این امکان را می دهد که نه تنها از تأثیرات داروهای تثبیت کننده خلق مانند لیتیم و والپروئیک اسید بهره مند شوند، بلکه با استفاده از تکنیک های شناختی و رفتاری، الگوهای فکری منفی و رفتارهای ناکارآمد را شناسایی و اصلاح کنند. این روش نه تنها به مدیریت نوسانات خلقی کمک می کند، بلکه در تقویت مهارت های مقابله ای و بهبود کیفیت زندگی بیماران نیز مؤثر است. ترکیب این دو نوع درمان می تواند به افزایش پایبندی به درمان، کاهش میزان عود و بهبود کلی وضعیت روانی بیماران دوقطبی منجر شود (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸؛ شیخ ویسی و همکاران، ۱۴۰۲).

درمان دارویی یکی از ارکان اصلی در مدیریت اختلال دو قطبی است، که به عنوان یک اختلال روانی جدی و مزمن شناخته می شود. هدف از درمان دارویی، کنترل نوسانات خلقی و بهبود کیفیت زندگی بیماران است. نوسانات خلقی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی معمولاً شامل دوره های شیدایی و افسردگی است که می تواند تأثیرات عمیقی بر زندگی روزمره، روابط اجتماعی و عملکرد شغلی آن ها داشته باشد. در این راستا، داروهای تثبیت کننده خلق به عنوان درمان های اصلی شناخته می شوند. داروهای تثبیت کننده خلق به طور خاص برای کاهش شدت و فراوانی نوسانات خلقی در اختلال دو قطبی طراحی شده اند. یکی از معروف ترین این داروها، لیتیم است که به طور گسترده ای در درمان اختلال دو قطبی مورد استفاده قرار می گیرد. لیتیم با تغییر سطح برخی از مواد شیمیایی مغزی، مانند دوپامین و سروتونین، به تنظیم خلق و خوی بیماران کمک می کند. مطالعات نشان داده اند که این دارو می تواند به کاهش دفعات و شدت دوره های شیدایی و افسردگی کمک کند. والپروئیک اسید نیز یکی دیگر از داروهای تثبیت کننده خلق است که به ویژه برای بیمارانی که به لیتیم پاسخ نمی دهند یا دارای عوارض جانبی از آن هستند، تجویز می شود (رسولی و همکاران، ۱۴۰۱). والپروئیک اسید به عنوان یک داروی ضد تشنج شناخته می شود، اما تأثیرات مثبت آن در تثبیت خلق بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نیز اثبات شده است. این دارو با افزایش سطح اسید گاما-آمینو بوتیریک (GABA) در مغز، که یک انتقال دهنده عصبی مهمی است، به کاهش فعالیت های عصبی که ممکن است منجر به نوسانات خلقی شود، کمک می کند. با وجود اثربخشی قابل توجه داروهای تثبیت کننده خلق در



کنترل نوسانات خلقی، این داروها ممکن است عوارض جانبی متعددی داشته باشند. عوارض جانبی لیتیم شامل افزایش وزن، اختلالات تیروئیدی و مشکلات کلیوی است، در حالی که والپروئیک اسید نیز می تواند به عوارضی نظیر اختلالات گوارشی، افزایش وزن و اختلالات کبدی منجر شود. به همین دلیل، پزشکان باید نظارت دقیقی بر وضعیت سلامت بیماران داشته باشند و در صورت بروز عوارض، داروها را تنظیم یا تغییر دهند. پیگیری منظم و مشاوره با پزشک در طول درمان دارویی اهمیت زیادی دارد. این پیگیری ها به پزشکان کمک می کند تا تأثیرات داروها را بر روی بیماران رصد کنند و در صورت نیاز، دوز داروها را تغییر دهند یا داروهای جدیدی را تجویز کنند. همچنین، جلسات مشاوره می توانند به بیماران در مدیریت عوارض جانبی و مشکلات روانی ناشی از درمان کمک کنند. آموزش بیماران و خانواده ها درباره علائم اختلال دوقطبی و چگونگی مدیریت آن نیز می تواند به بهبود کیفیت زندگی و کاهش نوسانات خلقی کمک کند (رسولی و همکاران، ۱۴۰۱؛ سهرابی و پرنه‌دین، ۱۴۰۲).

درمان های روانی اجتماعی

درمان های روانی اجتماعی، به ویژه آموزش مهارت های بین فردی و برنامه های حمایتی، به عنوان بخش مهمی از درمان اختلال دوقطبی شناخته می شوند و می توانند تأثیر قابل توجهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته باشند. این برنامه ها به بیماران کمک می کنند تا مهارت های اجتماعی و ارتباطی خود را تقویت کرده و توانایی های لازم برای مدیریت روابط شخصی و حرفه ای را به دست آورند (بی رثایی نجف آبادی و نوین، ۱۴۰۲). آموزش های مهارت های بین فردی، مانند حل تعارض، بیان احساسات و شنیدن فعال، می توانند به کاهش تنش ها و بهبود تعاملات اجتماعی بیماران کمک کنند. علاوه بر این، برنامه های حمایتی که به ارائه مشاوره و حمایت از بیماران و خانواده های آن ها می پردازند، به ایجاد محیطی حمایتی و همدلانه کمک می کنند که می تواند به تسهیل فرآیند بهبودی و کاهش علائم بالینی منجر شود. به طور کلی، ترکیب این درمان ها با دارودرمانی به بهبود عملکرد روزمره و اجتماعی بیماران دوقطبی کمک می کند و به آنان امکان می دهد تا با چالش های روزمره بهتر کنار بیایند (ابراهیمی زهر، ۱۴۰۱).

مدل های پیش بالینی و تحقیقات حیوانی

مدل های پیش بالینی و تحقیقات حیوانی در زمینه اختلال دوقطبی اهمیت ویژه ای دارند، زیرا این مدل ها ابزارهای ضروری برای درک بهتر مکانیزم های زیستی و رفتاری این اختلال محسوب می شوند. از طریق مطالعات بر روی حیوانات، پژوهشگران می توانند الگوهای رفتاری و بیولوژیکی مشابه با نشانه های اختلال دوقطبی را شبیه سازی کنند و بدین ترتیب به کشف عوامل مؤثر در بروز این اختلال بپردازند. این مدل ها همچنین امکان بررسی اثرات درمان های مختلف، از جمله داروها و مداخلات روان شناختی را فراهم می آورند و به شناسایی گزینه های درمانی جدید کمک می کنند. با توجه به این که کیفیت زندگی بیماران دوقطبی به شدت تحت تأثیر شدت و فراوانی علائم است، استفاده از این مدل ها می تواند به توسعه روش های درمانی مؤثرتر و بهبود وضعیت بیماران منجر شود. در نتیجه، تحقیقات پیش بالینی و استفاده از مدل های حیوانی نقش حیاتی در فرآیند تحقیق و توسعه درمان های نوین برای اختلال دوقطبی ایفا می کنند (ابراهیمی، ۱۴۰۱؛ رسولی و همکاران، ۱۴۰۱).

مداخلات آموزشی گروهی

آموزش روان شناختی گروهی برای خانواده های بیماران دوقطبی نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی آن ها و بیماران ایفا می کند. این نوع آموزش ها به خانواده ها کمک می کند تا با شناخت بهتر از اختلال دوقطبی و علائم آن، اضطراب و استرس ناشی از مراقبت از بیماران را کاهش دهند. از طریق برگزاری جلسات گروهی، اعضای خانواده می توانند تجربیات خود را به اشتراک بگذارند و با یادگیری مهارت های جدید، توانایی های خود را در مدیریت شرایط دشوار تقویت کنند. همچنین، این آموزش ها به افزایش آگاهی درباره روش های صحیح مراقبت، ارتباط مؤثر و حمایت از بیماران دوقطبی می پردازد و به آن ها کمک می کند تا به بهبود عملکرد کلی خانواده و کاهش احساس تنهایی و انزوا در بیماران کمک کنند. در نتیجه، آموزش روان شناختی گروهی می تواند به عنوان ابزاری مؤثر در ارتقای سلامت روانی خانواده ها و بیماران دوقطبی عمل کند (زردشتیان مقدم و خدابخش، ۱۴۰۲؛ رضایی و همکاران، ۱۳۹۶).

درمان های اختصاصی برای نوجوانان

اختلال دوقطبی در نوجوانان می تواند تأثیرات عمیقی بر عملکرد تحصیلی و رفتاری آن ها داشته باشد، بنابراین توجه به این گروه سنی و ارائه درمان های اختصاصی اهمیت زیادی دارد. نوجوانان با اختلال دوقطبی ممکن است در حوزه های تحصیلی، اجتماعی و عاطفی با چالش هایی مواجه شوند که نیازمند رویکردهای تئوریک و عملی متناسب با سن آن ها است. راهکارهای پیشگیرانه و درمانی باید به گونه ای طراحی شوند که به شناسایی زود هنگام علائم اختلال و ارائه حمایت های لازم بپردازند. از جمله این راهکارها می توان به آموزش مهارت های مقابله ای، حمایت روانی- اجتماعی، و ایجاد محیط های آموزشی مناسب اشاره کرد. توجه به نیازهای خاص نوجوانان در این زمینه می تواند به بهبود کیفیت زندگی آن ها و کاهش عوارض اختلال دوقطبی کمک کند (فولادی و مهدیان، ۱۴۰۳؛ خلیل زاده نقدی، ۱۴۰۲).



روان درمانی

درمان روابط ابژه‌ای به عنوان یک رویکرد روان درمانی در درمان اختلال دو قطبی به بهبود الگوهای دلبستگی ناایمن و روابط بین فردی بیماران کمک می‌کند. این نوع درمان بر روی بررسی و تحلیل روابط اولیه بیماران با افراد مهم در زندگی‌شان، مانند والدین و دیگر نزدیکان، تمرکز دارد. با شناسایی الگوهای ناسالم و ناکارآمد در این روابط، بیماران قادر خواهند بود تا دلبستگی‌های ناایمن خود را بهبود بخشند و احساسات منفی ناشی از آن را کاهش دهند. همچنین، درمان روابط ابژه‌ای به بیماران کمک می‌کند تا رفتارها و الگوهای ارتباطی خود را در روابط فعلی تحلیل کنند و روابط سالم‌تری با دیگران برقرار سازند. این رویکرد با افزایش آگاهی بیماران از تجربیات گذشته و تأثیر آن‌ها بر رفتارهای کنونی، به آن‌ها امکان می‌دهد تا به تدریج احساسات و واکنش‌های بهتری را در روابط بین فردی خود تجربه کنند. در نهایت، این نوع درمان می‌تواند به بهبود کیفیت روابط اجتماعی و کاهش عود علائم اختلال دو قطبی کمک کند (بی ریائی نجف آبادی و نوین، ۱۴۰۲؛ بخشی و همکاران، ۱۴۰۲).

رویکردهای شناختی-رفتاری (CBT)

رویکردهای شناختی-رفتاری (CBT) در درمان اختلال دو قطبی نقش حیاتی دارند و به بیماران کمک می‌کنند تا الگوهای تفکر و رفتارهای ناسالم خود را شناسایی و اصلاح کنند. این تکنیک‌ها شامل شناسایی تفکرات منفی و ناکارآمد و جایگزینی آن‌ها با الگوهای مثبت‌تر است که می‌تواند تأثیر بسزایی در کاهش علائم بیماری داشته باشد. CBT به بیماران مهارت‌هایی ارائه می‌دهد که از طریق آن‌ها می‌توانند استرس را بهتر مدیریت کنند و راهکارهای موثرتری برای مقابله با بحران‌ها و تغییرات خلقی پیدا کنند. به علاوه، این رویکرد به بیماران کمک می‌کند تا درک بهتری از علل و عوامل ایجادکننده نوسانات خلقی خود پیدا کنند و به تدریج با به کارگیری تکنیک‌های اصلاح تفکر، کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. در نهایت، CBT با ایجاد یک فضای حمایتی و یادگیری، به بیماران این امکان را می‌دهد تا به صورت فعال در فرآیند درمان خود مشارکت کنند و احساس کنترل بیشتری بر زندگی‌شان داشته باشند. درمان شناختی-رفتاری (CBT) به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، نقش مهمی در کاهش علائم افسردگی و کنترل عود آن‌ها ایفا می‌کند. این روش درمانی بر پایه شناسایی و تغییر الگوهای تفکر منفی و رفتارهای ناکارآمد استوار است و به بیماران کمک می‌کند تا با شناخت بهتر احساسات و افکار خود، بر روی رفتارهای مثبتی که می‌توانند به بهبود وضعیت روانی‌شان کمک کنند، تمرکز کنند. با استفاده از تکنیک‌های CBT، بیماران قادر به مدیریت احساسات خود و کاهش علائم مثبت و منفی مربوط به اختلال دو قطبی می‌شوند. همچنین، این رویکرد به تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش خطر عود علائم کمک می‌کند، که به طور کلی به بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌انجامد (محمدي و همکاران، ۱۳۹۸).

آموزش بیمار و خانواده

آموزش بیماران و خانواده‌ها درباره اختلال دو قطبی یکی از جنبه‌های کلیدی در مدیریت این بیماری است که می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر روند درمان و کیفیت زندگی افراد مبتلا داشته باشد. این آموزش‌ها به خانواده‌ها کمک می‌کند تا رفتارهای بیمار را بهتر درک کنند و از نارسایی‌های ارتباطی که ممکن است در نتیجه عدم آگاهی یا عدم درک صحیح ایجاد شود، بکاهند. همچنین، با افزایش آگاهی خانواده‌ها از علائم و نشانه‌های این اختلال، آن‌ها قادر خواهند بود تا بهتر از بیمار حمایت کنند و در مواقع بحرانی به درستی عمل نمایند. آموزش‌های مربوط به استراتژی‌های مؤثر در مواجهه با تغییرات خلقی و رفتارهای ناپایدار نیز می‌تواند به بهبود روابط خانوادگی و کاهش استرس‌های مرتبط کمک کند. به طور کلی، آموزش جامع و مستمر در این زمینه نه تنها به بیماران، بلکه به خانواده‌ها نیز این امکان را می‌دهد تا به طور مؤثرتری با چالش‌های مرتبط با اختلال دو قطبی مقابله کنند و به ایجاد یک محیط حمایتی و سازنده منجر شود (بهرامی و خلیفی، ۱۴۰۰).

مدیریت محیط و سبک زندگی

مدیریت محیط و سبک زندگی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نقش بسزایی در کنترل علائم و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها دارد. توجه به عوامل محیطی مانند مدیریت استرس، مصرف مواد و تغییرات هورمونی می‌تواند به شکل‌گیری شرایطی مساعد برای بهبود وضعیت روانی بیماران کمک کند. به ویژه، کاهش استرس از طریق تکنیک‌های آرام‌سازی، تمرینات ورزشی و ایجاد تعادل در فعالیت‌های روزمره می‌تواند به کاهش فراوانی و شدت دوره‌های شیدایی و افسردگی منجر شود. همچنین، پرهیز از مصرف مواد مخدر و الکل به عنوان عوامل محرک در بروز علائم اختلال دو قطبی شناخته می‌شوند و مدیریت صحیح این عوامل می‌تواند به پیشگیری از عود علائم کمک کند. تغییرات هورمونی نیز در برخی موارد می‌تواند بر شدت و فراوانی علائم تأثیر بگذارد، بنابراین آگاهی و مدیریت این تغییرات نیز در فرایند درمان اهمیت ویژه‌ای دارد. به این ترتیب، ایجاد یک سبک زندگی سالم و مدیریت مناسب محیط می‌تواند به بهبود قابل توجهی در شرایط بیماران دو قطبی منجر شود (خلیل زاده نقدی، ۱۴۰۳).

ارزیابی بالینی و پیگیری مداوم



ارزیابی بالینی و پیگیری مداوم در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی به‌عنوان ابزارهای کلیدی در تشخیص دقیق و مدیریت مؤثر بیماری شناخته می‌شوند. پیگیری منظم وضعیت روانی بیماران، شامل ارزیابی نشانه‌ها، شدت و فرکانس دوره‌های شیدایی و افسردگی، امکان تجزیه و تحلیل روند پیشرفت درمان و تأثیر آن بر کیفیت زندگی را فراهم می‌آورد. این ارزیابی‌های طولی به پزشکان این امکان را می‌دهد که استراتژی‌های درمانی را بر اساس نیازهای خاص هر بیمار تنظیم کنند و در صورت نیاز، تغییرات لازم را در دارو درمانی یا رویکردهای روان‌درمانی اعمال نمایند. به‌علاوه، پیگیری منظم می‌تواند به شناسایی زودهنگام علائم عود بیماری کمک کند و به بیماران و خانواده‌های آن‌ها در مدیریت بهینه اختلال دو قطبی یاری رساند (والی پور، ۱۴۰۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به‌عنوان یک رویکرد نوین در درمان اختلال دو قطبی، به‌طور مؤثری می‌تواند در کاهش علائم روانی همراه با درمان‌های شناختی و رفتاری (CBT) به کار گرفته شود. این روش درمانی بر پایه پذیرش احساسات و تجربیات منفی و همچنین تعهد به تغییر رفتارهای ناکارآمد بنا شده است. ACT به بیماران کمک می‌کند تا با استفاده از تکنیک‌هایی مانند mindfulness (آگاهی در لحظه) و شناسایی ارزش‌های شخصی، به‌جای مقابله با احساسات ناخوشایند، آن‌ها را بپذیرند و به زندگی معنادار خود ادامه دهند. این رویکرد نه تنها به کاهش علائم مرتبط با اختلال دو قطبی کمک می‌کند، بلکه در تقویت تاب‌آوری و افزایش کیفیت زندگی بیماران نیز نقش بسزایی دارد. به این ترتیب، ترکیب ACT با CBT می‌تواند به یک رویکرد جامع و مؤثر در مدیریت اختلال دو قطبی تبدیل شود (رسولی و همکاران، ۱۴۰۱).

خانواده درمانی

خانواده درمانی به‌عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر در مدیریت اختلال دو قطبی، به بهبود عملکرد خانواده و حمایت از بیماران کمک می‌کند. این نوع درمان بر روی تقویت روابط خانوادگی، ارتباطات مؤثر و حل تعارضات تمرکز دارد، که می‌تواند به کاهش استرس و فشارهای روانی در خانواده کمک کند. با فراهم کردن فضایی برای بیان احساسات و تجربیات، خانواده درمانی به اعضای خانواده این امکان را می‌دهد که درک بهتری از اختلال دو قطبی پیدا کنند و نقش‌های حمایتی خود را شناسایی کنند. همچنین، با بهبود مهارت‌های ارتباطی و ایجاد استراتژی‌های حمایتی، خانواده‌ها قادر خواهند بود به بیماران در مدیریت علائم و دوره‌های اختلال کمک کنند. این رویکرد می‌تواند به افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی هر دو طرف، یعنی بیماران و اعضای خانواده، منجر شود (هاشمیان و ادریس صدقاتی، ۱۳۹۴).

آموزش و مشاوره

آموزش مدیریت اختلال دو قطبی نقش حیاتی در بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آنان دارد. این آموزش شامل ارائه اطلاعات جامع درباره علائم، دوره‌ها و ویژگی‌های اختلال است که به بیماران و خانواده‌ها کمک می‌کند تا بهتر این وضعیت را درک کنند و با آن سازگار شوند. آشنایی با تکنیک‌های مدیریت استرس، شناسایی نشانه‌های هشداردهنده و درک نحوه تأثیرگذاری درمان‌ها بر روی وضعیت عاطفی، از جمله ابعاد کلیدی این آموزش به شمار می‌آیند. همچنین، ارائه راهکارهایی برای ایجاد یک محیط حمایتی در خانه و نحوه تعامل با بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، به خانواده‌ها این امکان را می‌دهد که در فرآیند درمان مشارکت فعال‌تری داشته باشند. در نهایت، این آموزش می‌تواند به کاهش احساس انزوا و افزایش توانمندی‌های بیماران در مدیریت اختلال کمک کند (زرتشتیان مقدم و خدابخش، ۱۴۰۲).

مدیریت استرس و بهبود سبک زندگی

مدیریت استرس و بهبود سبک زندگی از جمله ابعاد کلیدی در درمان اختلال دو قطبی به شمار می‌آیند. تمرینات ورزشی منظم و تغذیه سالم می‌توانند به‌طور قابل توجهی در کاهش علائم این اختلال مؤثر باشند. ورزش، به عنوان یک راهکار طبیعی برای بهبود خلق و خو و کاهش اضطراب، به ترشح هورمون‌های خوشحال‌کننده مانند اندورفین‌ها کمک می‌کند و باعث افزایش انرژی و ثبات عاطفی می‌شود. از طرفی، تغذیه سالم با تأمین مواد مغذی ضروری، می‌تواند به بهبود عملکرد مغز و تنظیم نوسانات خلقی کمک کند. ترکیب این دو رویکرد، نه تنها به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی کمک می‌کند بلکه به مدیریت استرس و پیشگیری از بروز حملات جدید نیز مؤثر است. در نتیجه، توجه به سبک زندگی و عادات سالم به عنوان بخشی از درمان جامع این اختلال ضروری است (عطائی، ۱۴۰۲).

تشخیص و درمان اختلالات شخصیت

اختلال دو قطبی یکی از اختلالات روانی پیچیده است که به‌خاطر نوسانات شدید خلقی و عاطفی شناخته می‌شود. یکی از چالش‌های مهم در مدیریت این اختلال، همبودی آن با اختلالات شخصیت است. همبودی به معنای همزمانی دو یا چند اختلال در یک فرد است، و در مورد بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، می‌تواند شامل اختلالات شخصیتی مانند اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال شخصیت



وابسته باشد. توجه به این همبودی‌ها نه تنها به بهبود پیش آگهی کمک می‌کند بلکه کیفیت درمان را نیز به طور چشمگیری افزایش می‌دهد. تشخیص همبودی اختلالات شخصیت در بیماران دوقطبی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. عدم شناسایی و درمان همزمان اختلالات شخصیت می‌تواند منجر به درمان ناکارآمد و افزایش عوارض جانبی داروها شود. به عنوان مثال، بیمارانی که مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند، ممکن است نوسانات عاطفی و رفتارهای خودآزاری را تجربه کنند که می‌تواند تشخیص و درمان اختلال دوقطبی را پیچیده‌تر کند. در نتیجه، تشخیص دقیق و جامع از علائم و اختلالات همبودی، نیاز به ارزیابی‌های دقیق بالینی و مشاوره‌های تخصصی دارد. همبودی اختلالات شخصیت می‌تواند بر روند درمان اختلال دوقطبی تأثیرات عمده‌ای بگذارد. برای مثال، درمان‌های روان‌درمانی مانند رفتار درمانی شناختی (CBT) و درمان دیالکتیکی می‌توانند در بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش رفتارهای خودآزاری مؤثر باشند. از سوی دیگر، این نوع درمان‌ها به بیماران کمک می‌کند تا با نوسانات خلقی ناشی از اختلال دوقطبی بهتر کنار بیایند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸). لذا، توجه به همبودی اختلالات شخصیت در انتخاب روش‌های درمانی و داروها برای بیمار ضروری است. درمان دارویی نیز در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلالات شخصیت همبودی نقش بسزایی دارد. داروهای تثبیت‌کننده خلق، مانند لیتیم و والپروئیک اسید، می‌توانند نوسانات خلقی را کنترل کنند و در عین حال، داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی ممکن است برای بیماران با اختلال شخصیت مفید باشند. پزشکان باید با دقت انتخاب کنند که کدام داروها برای هر بیمار مناسب‌ترند، به‌ویژه وقتی که همبودی‌های موجود پیچیدگی بیشتری به درمان می‌افزایند (غفاری و همکاران، ۱۳۹۲).

تحریک مغناطیسی ترانس کرانیال (rTMS)

تحریک مغناطیسی ترانس کرانیال (rTMS) یک روش درمانی نوین و غیرتهاجمی است که به منظور درمان اختلالات روانی از جمله اختلال دوقطبی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این تکنیک با استفاده از میدان‌های مغناطیسی برای تحریک نواحی خاصی از مغز طراحی شده است و هدف آن تغییر فعالیت‌های عصبی در این نواحی است. rTMS به‌ویژه برای بیمارانی که به درمان‌های دارویی یا روان‌درمانی پاسخ مثبت نمی‌دهند، به عنوان یک گزینه مؤثر در نظر گرفته می‌شود و می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک کند. یکی از اصلی‌ترین مزایای rTMS، غیرتهاجمی بودن آن است. برخلاف روش‌های دیگر درمانی که ممکن است عوارض جانبی جدی یا نیاز به بستری شدن داشته باشند، rTMS یک روش ساده و راحت است که در محیط‌های سرپایی قابل انجام است. این تکنیک به طور معمول در جلسات کوتاه مدت انجام می‌شود و بیمار می‌تواند پس از هر جلسه به فعالیت‌های روزمره خود بازگردد. این امر به ویژه برای بیمارانی که از درمان‌های سنتی دل‌سرد شده‌اند، یک گزینه جذاب محسوب می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که rTMS می‌تواند به کاهش شدت نشانه‌های بالینی اختلال دوقطبی کمک کند. این تکنیک به‌ویژه در مدیریت دوره‌های افسردگی و تثبیت خلق و خو مؤثر است. در طی جلسات rTMS، نواحی مغزی مرتبط با خلق و خوی و احساسات تحریک می‌شوند، که این امر می‌تواند به بهبود عملکرد عصبی و کاهش علائم افسردگی کمک کند. با توجه به عدم نیاز به دارو، rTMS می‌تواند یک گزینه جذاب برای بیماران باشد که در حال حاضر تحت درمان‌های دارویی هستند و عوارض جانبی آن‌ها را تحمل می‌کنند. برای ارزیابی اثربخشی rTMS، نظارت و پیگیری منظم از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. پزشکان باید پیشرفت بیماران را در طول درمان بررسی کنند و در صورت نیاز، تنظیمات لازم را انجام دهند. این پیگیری‌ها می‌توانند شامل ارزیابی‌های روان‌شناختی و مصاحبه‌های بالینی باشند که به تشخیص تغییرات در خلق و خو و رفتار بیماران کمک می‌کنند. ارزیابی مستمر همچنین به پزشکان کمک می‌کند تا تأثیرات بلندمدت rTMS را بر روی بیماران تحت درمان رصد کنند و در صورت نیاز، تغییرات را در برنامه درمانی اعمال نمایند (ابراهیمی، ۱۴۰۱).

پیگیری و ارزیابی مداوم

پیگیری و ارزیابی مداوم در درمان اختلال دوقطبی به عنوان یک مؤلفه کلیدی در مدیریت این اختلال شناخته می‌شود. با توجه به ماهیت نوسانی اختلال دوقطبی، نظارت مستمر بر وضعیت بیماران و ارزیابی اثربخشی درمان‌های مورد استفاده، به پزشکان و متخصصان این امکان را می‌دهد که در زمان مناسب تغییرات لازم را در روش‌های درمانی اعمال کنند. این پیگیری می‌تواند شامل جلسات منظم مشاوره، ارزیابی‌های روان‌شناختی و بررسی داروهای تجویزی باشد. نظارت بر اثربخشی درمان به بیماران کمک می‌کند تا بهبودی‌های حاصل از درمان را شناسایی کنند و در صورت عدم پاسخ مثبت، در زمان مناسب به متخصصین اطلاع دهند. این موضوع از طریق استفاده از مقیاس‌های استاندارد ارزیابی و پرسشنامه‌های روان‌شناختی امکان‌پذیر است. همچنین، توجه به نشانه‌ها و علائم بالینی، از جمله تغییرات خلقی، خواب، اشتها و انرژی، می‌تواند در پیگیری وضعیت بیماران بسیار مؤثر باشد. با انجام ارزیابی‌های منظم، متخصصان می‌توانند به شناسایی نقاط قوت و ضعف درمان‌ها پرداخته و بر اساس نیازهای خاص هر بیمار، استراتژی‌های درمانی را تنظیم کنند. نتایج به‌دست‌آمده از پیگیری و ارزیابی مداوم باید به‌طور سیستماتیک در تصمیم‌گیری‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد. در صورتی که مشخص شود که یک دارو یا روش درمانی مؤثر نبوده یا عوارض جانبی قابل توجهی داشته است، ممکن است نیاز به تغییر درمان یا اضافه کردن تکنیک‌های جدید باشد. همچنین، ممکن است بیماران به ترکیب‌های درمانی مختلفی نیاز داشته



باشند که شامل دارو، روان درمانی و تغییرات در شیوه زندگی می شود. این انعطاف پذیری در استراتژی ها به بیماران کمک می کند تا به نتایج بهتری در مدیریت اختلال دو قطبی دست یابند (ابراهیمی، ۱۴۰۱؛ والی پور، ۱۴۰۳).

آموزش و آگاهی دهی به بیماران و خانواده ها

آموزش و آگاهی دهی به بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی و خانواده های آنان یکی از مهم ترین مؤلفه های مدیریت این اختلال است. فراهم آوردن اطلاعات کافی درباره اختلال دو قطبی می تواند به کاهش اضطراب و استرس ناشی از عدم آگاهی از وضعیت بیماری کمک کند. این آگاهی به بیماران و خانواده ها این امکان را می دهد که الگوهای رفتاری و علائم بیماری را بهتر شناسایی کنند و در مواقع بحرانی بتوانند به موقع اقدام کنند. به علاوه، این نوع آموزش می تواند به بیماران کمک کند تا رفتارهای ناسالم را در خود شناسایی کرده و آن ها را اصلاح کنند، که در نهایت به بهبود کیفیت زندگی آن ها می انجامد. آموزش در مورد نحوه مدیریت اختلال دو قطبی شامل آموزش تکنیک های مقابله ای، آشنایی با نشانه های پیش رو و چگونگی مدیریت آن ها و همچنین مشاوره در مورد شیوه های درمانی مختلف است. در این راستا، ارائه اطلاعات در مورد روش های دارویی و غیر دارویی مانند رفتار درمانی شناختی (CBT) و شیوه های روان درمانی می تواند به بیماران کمک کند تا درک بهتری از گزینه های درمانی خود داشته باشند. همچنین، آگاهی از شیوه های زندگی سالم، شامل رعایت خواب منظم، تغذیه مناسب و مدیریت استرس، می تواند به بیماران در کنترل بهتر علائم و بهبود عملکرد روزمره کمک کند (بهرامی و خلیفی، ۱۴۰۰).

۴- نتیجه گیری

اختلال دو قطبی، که به عنوان یک اختلال روانی جدی شناخته می شود، بر عملکرد روزمره فرد و روابط اجتماعی او تأثیر عمیقی دارد. این اختلال با نوسانات شدید خلقی، از جمله فازهای هیپومانیک و افسردگی، مشخص می شود که می تواند به عواقب جدی از جمله اختلال در تحصیل، شغل و روابط خانوادگی منجر شود. توجه به این اختلال ضروری است، زیرا نادیده گرفتن یا تأخیر در تشخیص می تواند به وخامت وضعیت فردی و اجتماعی بیماران منجر شود. از سوی دیگر، آگاهی و آموزش در مورد این اختلال برای بیماران و خانواده ها می تواند به بهبود کیفیت زندگی آن ها و کاهش علائم بیماری کمک کند. لذا، توجه به اختلال دو قطبی و ارائه درمان های مناسب از اهمیت ویژه ای برخوردار است. مباحث مربوط به درمان اختلال دو قطبی از جنبه های مختلف به هم پیوسته و مکمل یکدیگر هستند. آموزش و آگاهی دهی به بیماران و خانواده ها از جمله اقداماتی است که می تواند به درک بهتر رفتارهای بیمار و نیازهای او کمک کند. پیگیری و ارزیابی مداوم، از سوی دیگر، به تشخیص دقیق و مدیریت مؤثر این اختلال یاری می رساند، و باعث می شود تا پزشکان بتوانند درمان های مناسب تری را انتخاب کنند. رفتار درمانی شناختی (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به بیماران کمک می کنند تا الگوهای تفکر و رفتارهای ناسالم را شناسایی و اصلاح کنند و در عین حال به تثبیت نشانه ها و کنترل عود علائم کمک می کنند. تحریک مغناطیسی ترانس کرانیال (rTMS) به عنوان یک گزینه غیرتهاجمی، به خصوص برای بیمارانی که به دارو یا روان درمانی پاسخ نمی دهند، مطرح می شود. مدیریت استرس و بهبود سبک زندگی نیز می تواند به کاهش علائم اختلال دو قطبی کمک کند و به بیماران این امکان را می دهد که زندگی سالم تری داشته باشند. خانواده درمانی و آموزش بیمار و خانواده به بهبود روابط و درک بین فردی در خانواده ها کمک می کند و این امر می تواند تأثیر مثبت بر روی روند درمان داشته باشد. در نهایت، مدل های پیش بالینی و تحقیقات حیوانی می توانند به کشف گزینه های درمانی جدید کمک کنند و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشند. در مجموع، این رویکردها و مباحث در درمان اختلال دو قطبی، یک سیستم جامع را تشکیل می دهند که به نیازهای مختلف بیماران پاسخ می دهد و می تواند به بهبود وضعیت آن ها و کاهش عوارض این اختلال منجر شود.

منابع

- ابراهیمی، زهرا، ۱۴۰۱، ارزیابی اثر بخشی فارموکولوژی لاموتریزین در مدیریت اختلال دو قطبی، سومین همایش ملی آسیب شناسی روانی، اردبیل، <https://civilica.com/doc/1630345>
- ابراهیمی، زهرا، ۱۴۰۱، بررسی اثر بخشی آنتی سایکوتیک های آتپیک و کاربردهای بالینی تحریک مغناطیسی ترانس کرانیال مکرر در اختلال دو قطبی، سومین همایش ملی آسیب شناسی روانی، اردبیل، <https://civilica.com/doc/1630344>
- امیرآبادی زاده، علیرضا و شیرازی نقدر، سمیه، ۱۴۰۱، نوروسایکولوژی اختلال دو قطبی و نوروترانسمیترهای مرتبط با آن، هفتمین همایش بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و حقوق کودک در جهان اسلام، تهران، <https://civilica.com/doc/1674498>
- بخشی، علیرضا و کبیا، فروغ و پارسائی، سمانه و یعقوبی، مانده، ۱۴۰۲، مقایسه ی کارکردهای اجرایی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی و افراد عادی شهر گرگان، اولین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و فلسفه، بابل، <https://civilica.com/doc/1698586>
- بهرامی، راحله و خلیفی، طلحه، ۱۴۰۰، تأثیر آموزش روان شناختی بر تاب آوری مراقبان خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلال دو قطبی، <https://civilica.com/doc/1667054>



- بهی، فاطمه، ۱۴۰۱، مروری بر اختلال دو قطبی، علل عصبی زیستی و درمان آن در مطالعات رایج، دهمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران، ۱۶۸۲۹۴۳، <https://civilica.com/doc/1682943>
- بی ریائی نجف آبادی، دلارام و نوین، آرمیتا، ۱۴۰۲، اثربخشی روان درمانی روابط ابژه های بر الگوهای دلبستگی ناایمن زنان ۳۰-۲۵ ساله مبتلا به اختلال دو قطبی، ۱۹۲۵۵۵۲، <https://civilica.com/doc/1925052>
- خلیل زاده نقدی، ندا، ۱۴۰۲، بررسی میزان تاثیر عوامل محیطی در بروز علائم اختلال دو قطبی در نوجوانان، سومین همایش بین المللی علوم تربیتی، مشاوره، روانشناسی و علوم اجتماعی، همدان، ۱۹۵۱۱۵۷، <https://civilica.com/doc/1951157>
- رحیمی، علیرضا و پور رحیمی، مقصود و احمد پناه، محمد و شمسانی، فرشید و ترابی، سادات، ۱۳۹۳، همبودی اختلالات شخصیت در بیماران با اختلال دو قطبی نوع یک بعد از درمان فاز مانیا، ۱۸۸۴۴۴۳، <https://civilica.com/doc/1884443>
- رسولی، مهرداد و خواجه وند، افسانه و اسدی، جوانشیر، ۱۴۰۱، اثربخشی رفتار درمانی شناختی در بهبود شاخص های بالینی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک، ۱۶۰۸۸۰۲، <https://civilica.com/doc/1608802>
- رضایی، منصور و رحمانی، شرمین و هاشمی، سید رضا و فرنی، وحید، ۱۳۹۶، موارد اختلال خلقی دو قطبی بستری در بیمارستان فارابی کرمانشاه: ارزیابی ۱۵ ساله ۱۳۸۰-۱۳۹۴، ۱۷۹۴-۱۷۹۵، <https://civilica.com/doc/1798577>
- زردشتیان مقدم، مهرآسا و خدابخش، محمدرضا، ۱۴۰۲، اثر بخشی آموزش روانشناختی گروهی در کاهش اضطراب خانواده بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، نوزدهمین کنفرانس بین المللی پژوهش در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی، ۱۹۹۸۸۶۹، <https://civilica.com/doc/1998869>
- زرگریان، طه و آزاد مهر، نگار و چهره پرداز، پردیس، ۱۴۰۲، جستاری در اختلال روانی دو قطبی بر سلب حضانت پدر، نوزدهمین کنفرانس بین المللی پژوهش در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی، ۱۹۹۸۷۰۹، <https://civilica.com/doc/1998709>
- سهرابی، سحر و پرنذین، شیماء، ۱۴۰۳، بررسی اختلال دو قطبی، از شناخت تا درمان، بیست و سومین کنفرانس ملی روانشناسی، علوم تربیتی و اجتماعی، بابل، ۲۰۵۶۳۷۸، <https://civilica.com/doc/2056378>
- شیخ ویسی، حسین و علی بیگی، ندا و صادقی منش، زینب و پور محمد رضا تجریشی، معصومه، ۱۴۰۲، روش های درمان اختلال دو قطبی با تاکید بر دوران کودک و نوجوانی: یک مقاله مروری، اولین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و فلسفه، بابل، ۱۶۹۷۴۷۹، <https://civilica.com/doc/1697479>
- طبرانی نجاران، فرزانه و مشهیدی، علی و بیگدلی، ایمان الله و سلطانی فر، عاطفه، ۱۴۰۲، نارسایی های الگوهای ارتباطی و کنش وری خانواده نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی، ۱۹۷۸۰۵۴، <https://civilica.com/doc/1978054>
- عطائی، مرتضی، ۱۴۰۲، بررسی علل اختلال دو قطبی و راه های پیشگیری از آن، ششمین همایش ملی فناوری های نوین در تعلیم و تربیت، روانشناسی و مشاوره ایران، تهران، ۱۸۳۶۶۶۹، <https://civilica.com/doc/1836669>
- عنایتیان، امید و هاشمی، سید محمد علاء، ۱۴۰۲، بررسی رابطه اختلال دو قطبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه فردوسی، ششمین همایش بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی، همدان، ۱۹۶۸۳۱۵، <https://civilica.com/doc/1968315>
- غفاری، عذرا و کراسکیان، آدیس و بیگلری، شبنم، ۱۳۹۲، مقایسه نظریه ذهن در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال عاطفی دو قطبی و افراد پهنجار، ۱۷۴۹۸۹۷، <https://civilica.com/doc/1749897>
- فولادی، محمدرضا و مهدیان، زهرا، ۱۴۰۳، بررسی و تبیین اختلال دو قطبی در میان نوجوانان و بررسی اثرات آن بر عملکرد تحصیلی و رفتاری گروه مذکور، نهمین کنفرانس بین المللی مطالعات میان رشته ای علوم بهداشتی، روانشناسی، مدیریت و علوم تربیتی، ۲۰۲۱۵۳۸، <https://civilica.com/doc/2021538>
- کاظمی، زهرا و دادور، آرمان و فلاحتی، معید و نریمانی، عرفان، ۱۴۰۱، مروری بر تمایز بالینی اختلال دو قطبی از اختلال شخصیت مرزی، هفتمین همایش ملی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی ایران، تهران، ۱۵۵۴۳۳۲، <https://civilica.com/doc/1554332>
- محمدی، فرزانه و بقولی، حسین و مهریار، امیر هوشنگ و سامانی، سیامک، ۱۳۹۸، مقایسه اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و علائم مثبت و منفی در بیماران اختلال دو قطبی، ۱۹۰۹۷۳۳، <https://civilica.com/doc/1909733>
- والی پور، کنعان، ۱۴۰۳، مطالعه و بررسی اختلال دو قطبی، اولین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی، مدیریت و علوم اجتماعی، تبریز، ۲۰۵۴۶۲۰، <https://civilica.com/doc/2054620>
- وجدانی آرام، سودابه و فردمال، جواد و روشایی، قدرت اله و نجفی وثوق، رویا و محبوب، حسین و قلعه ایها، علی، ۱۳۹۶، تعیین عوامل موثر بر زمان عود در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک با استفاده از مدل شکنندگی، ۱۷۸۷۰۱۵، <https://civilica.com/doc/1787015>
- هاشمیان، پیمان و ادريس صداقتی، محمد، ۱۳۹۴، مقایسه عملکرد خانواده در بیماران اسکیزوفرنی با بیماران اختلال دو قطبی ۱۸۸۹۵۵۶، <https://civilica.com/doc/1889556>
- یزدانی چراتی، جمشید و ضرغامی، مهران و سعادت، سمانه، ۱۳۹۲، به کارگیری مدل فرایند شمارشی Andersen- Gill در تعیین عوامل موثر بر عود اختلال دو قطبی نوع یک، ۱۷۹۰۵۵۹، <https://civilica.com/doc/1790559>