



رویارویی با اختلال دو قطبی نوجوان: بررسی پدیدارشناختی خانواده

نفسیه مهدوی: دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) nafiseh_mahdavi@yahoo.com

کیومرث فرحبخش: مشاوره خانواده، دانشیار، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

غلامرضا نورآذر: روانپزشک، فوق تخصص کودک و نوجوان، دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

عبدالله معتمدی: روانشناس بالینی، دانشیار، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

رویارویی،
اختلال دو قطبی،
نوجوان،
خانواده

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۲۳

تاریخ چاپ: ۱۴۰۰/۰۵/۲۱

زمینه و هدف: بیماری روانی در یک خانواده می‌تواند یک "بیماری مخرب و نابودکننده" باشد که خانواده را مختل می‌کند و فرصت استراحت را از آن می‌گیرد.

روش کار: روش تحلیل داده‌ها در این مطالعه کیفی بود. در مطالعه کیفی، در طول فرآیند کدگذاری، با بررسی کردن کدگذاری به صورت تکراری به منظور جلوگیری از "رانده شدن به سمت یک حس شخصی از آنچه که کدها معنی می‌دهد" کدگذاری ادامه می‌یابد. بعد از کدگذاری مجموعه کامل داده‌ها، جهت هماهنگی بین رمزگذاری دوباره واری می‌گردند. سپس مشخصات و ابعاد طبقه‌بندی‌ها بررسی شده، روابط بین طبقه‌بندی‌ها تعیین، الگوها آشکار و طبقه‌ها در مقابل همه داده‌ها تست می‌شوند. در مرحله نهایی از یافته‌ها و تفسیر آن‌ها گزارش تهیه و ارائه می‌گردد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد عملکرد خانواده‌ها به پنج صورت در آن‌ها بروز یافته است که عبارتند از: مسیرهای هماهنگ ساز خانواده با تغییرات، مسیرهای امنیت بخشی، ارتباط سازی، مقاومت‌سازی، باور سازی، مشارکتی خانواده در بحران. یافته‌های این پژوهش نشان داد که خانواده‌هایی که دارای یک عضو مبتلا به اختلال قطبی هستند، دارای توانایی و ویژگی انطباقی می‌باشند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نقش خانواده در رویارویی با اختلال دو قطبی نوجوان را گزارش کرد. قصد این مطالعه درک بهتری از نیازهای والدین در فرایند انطباق‌پذیری، یافتن ضروری‌ترین نیازها و اولویت‌بندی آن‌ها در برنامه‌های آموزش خانواده است.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Mahdavi N, Farahbakhsh K, Noorazar G, Motamedi A. Coping with Adolescent Bipolar Disorder: A Phenomenological Study of the Family. Razi J Med Sci. 2021;28(5):145-156.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با **CC BY-NC-SA 3.0** صورت گرفته است.



Original Article

Coping with Adolescent Bipolar Disorder: A Phenomenological Study of the Family

Nafiseh Mahdavi: PhD Student, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran (* Corresponding author) nafiseh_mahdavi@yahoo.com
Kiomars Farahbakhsh: Associate Professor, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran
Golamreza Noorazar: Associate Professor, Tabriz University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Abdollah Motemi: Associate Professor, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: In recent years, the diagnosis of bipolar disorder in children and adolescents has received more attention, the rate of diagnosis of the disorder in this age group has increased and the percentage of children for whom the diagnosis has been made in the last 10 years has doubled (1). Some past studies have shown that bipolar disorder occurs in about 60% of adults, before the onset of symptoms before the age of 20 and in 10-20% before the age of 10 (2). Bipolar disorder at a very young age deprives patients of the opportunity for normal psychosocial development and is associated with high rates of hospitalization, suicide, psychosis, substance abuse, as well as behavioral, educational, social, and legal problems. Bipolar disorder in children and adolescents is more associated with successive changes in symptoms, variable course, and severity below the threshold to full-blown DSM-IV syndrome (3).

In the case of a disabling disorder such as bipolar disorder, on the one hand, the disease affects the patient's family members, and on the other hand, it affects the atmosphere and family environments associated with caregivers. 89% to 91% of family members, between 24% and 38%, score above the standard cut-off point, feel emotional pressure (mental exhaustion) in the self-report of depressive symptoms relative to the severity of the patient's symptoms (9).

With the experience of bipolar disorder by a family member, special conditions are created in the family and provide major changes in the life plan of each family member. Parents can help children with bipolar disorder adapt to new situations with specific strategies and focus on their basic needs.

Methods: The statistical population of this study is among the outpatients referred to specialized and sub-specialized clinics of medical sciences in Tabriz and the statistical sample of this study includes adolescents with bipolar disorder and both or at least one of their parents. And because the research was qualitative, the number of clients continued until the data was saturated. Based on this, 15 interviews were conducted with 15 adolescents with bipolar disorder and their families. The method was that among the patients who referred to the clinic and met the inclusion criteria for the diagnosis of bipolar disorder by a child and adolescent psychiatrist, through clinical interview according to DSM-5 criteria, to enter Research were selected.

The age of inclusion in the study was at least 12 and at most 20 years for bipolar adolescent patients. Family satisfaction with participating in the study and having the ability to read and write of at least one of the main caregivers to record signs and symptoms was the only criterion for participants. The selected patients were surveyed with their caregivers (two or one family member) in a semi-structured interview with answering questions and observational methods. The method of data analysis in this study was qualitative and phenomenological approach. All raw data collected from family members and the patient were categorized and encrypted through interviews to shape participants' information about behaviors, emotions, thoughts, and issues. In this way, the obvious content of the messages were described in an orderly and meaningful pattern.

Keywords

Adaptive Strategies,
Bipolar Disorder,
Adolescent,
Parents

Received: 13/05/2021

Published: 12/08/2021

Results: Findings showed that parents' adaptive strategies were manifested in five strategies: exploratory, accreditation, security, educational and motivational. In exploratory strategies, parents provided adaptation strategies by creating a space to accept the new situation and using the environment to cope with the situation. Accreditation strategies were divided into two parts: direct and indirect accreditation. Security strategies were divided into emotional stimuli in communicating with the adolescent and reassuring stimuli in responding to the adolescent's needs. Educational strategies were divided into practical experiences (living conditions in crisis) and theoretical training. Motivational strategies were divided into cognitive, emotional, environmental, and endurance motivators.

Around the disease and in the process of parent-child adaptation, parents are taught skills such as identifying and exploring environmental and communication strategies, accreditation as an adaptive strategy, identifying safe situations and benefiting from practical experiences and theoretical training in improving critical situations. In relation to children, they teach their adolescents to recognize the communication needs of their children in relation to parents and learn strategies for maintaining relationships for a long time to improve the communication pattern, to pay attention to the needs of discovering adaptive strategies, and in normal and critical situations by talking about emotions. Children and respect for it and recognizing the credentials of the mediators to understand and establish emotional connection with the children to credit their emotions and help them adapt to new situations.

The results of the study showed that among the adaptive pathways of the family system, the paths that harmonize the family with changes are of special importance. One of the ways to coordinate the family with change is to adapt the duties of members to new situations of crisis and adjust behavioral changes to each other, attention and consideration of the environment and community.

Walsh (17) considers these characteristics necessary to create and strengthen resilience. He argues that families need to have a flexible structure to function well in the face of adversity and to adapt to changing environmental and developmental demands. The results of this study are consistent with the research of Azhideh (19) who found that family participatory methods can be effective in interpersonal relationships of family members. Therefore, these three adaptive paths are interrelated and can be explained with each other.

Conclusion: The results and consequences of the adaptation process of families with adolescents with bipolar disorder showed that in normal family life, families return to stability and peace in the family and resume efforts for a better future and individuals return. They came to terms with the normal situation and the normal attitude towards the bipolar experience and the constructive approach to this experience like other experiences. Also, pursuing hobbies and hobbies, accompanying family members together, working hard in difficult situations, avoiding stagnation and laziness, as a factor of construction and hope, comparing one's situation with others like oneself as a factor of mobility, strengthening religious ties, increasing Other experiences were experiences, purposefulness of daily activities, and confidence in rebuilding and restarting the conceptual spectrum of family strategy outcomes. Therefore, this study reported the role of parental strategies in better adaptation to adolescent bipolar disorder. The aim of this study was to better understand the strategies of parents in the process of adaptation to a child with bipolar disorder.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Mahdavi N, Farahbakhsh K, Noorazar G, Motamedi A. Coping with Adolescent Bipolar Disorder: A Phenomenological Study of the Family. *Razi J Med Sci.* 2021;28(5):145-156.

***This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.**

مقدمه

اختلال دوقطبی، بیماری مزمن و دوره‌ای با حملات حاد است که شیوع آن در طول زندگی، در حدود ۲ تا ۴٪ برآورد می‌شود. اگرچه اوایل چنین تصور می‌شد که تنها بزرگسالان می‌توانند تشخیص اختلال دوقطبی (Bipolar Disorder-BD) داشته باشند، شیوع BD در کودکان و نوجوانان در دهه گذشته با سرعت شگفت‌آوری افزایش یافته است (۱). همین‌طور در سال‌های اخیر تشخیص اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان مورد توجه بیشتری قرار گرفته، میزان تشخیص اختلال در این گروه سنی نیز بیشتر شده و درصد کودکانی که در ۱۰ سال اخیر این تشخیص برایشان مطرح شده، دو برابر شده است (۲). برخی بررسی‌های گذشته‌نگر نشان داده‌اند که اختلال دو قطبی در نزدیک به ۶۰٪ بزرگسالان، شروع علائم پیش از ۲۰ سالگی و در ۲۰-۱۰٪ پیش از ۱۰ سالگی بوده است (۳).

اختلال دوقطبی در سنین خیلی پایین، فرصت رشد طبیعی روانی-اجتماعی را از بیماران می‌گیرد و با میزان بالای بستری شدن، خودکشی، پسیکوز، مصرف مواد، همچنین مشکلات رفتاری، تحصیلی، اجتماعی و قانونی همراه است. اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان بیشتر با تغییرات پی در پی در نوسان علائم، سیر متغیر و شدت پایین‌تر از آستانه همراه است تا نشانگانی با معیار کامل DSM-IV (۴). این نوسان‌های سریع در خلق کودکان، شایع‌تر از بزرگسالان است و در کودکان و نوجوانان با شروع زودرس، وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، مدت طولانی، نوسان‌های سریع خلقی، دوره‌های مختلط، پسیکوز، اختلال‌های همبود و آسیب‌شناسی روانی خانواده و پیش‌آگهی بدتر همراه است (۵).

به‌ظاهر، دارودرمانی به‌تنهایی در پیش‌گیری از عود اختلال دوقطبی مؤثر نیست و عواملی دیگر هم در آن نقش دارند. در بررسی‌های صورت گرفته بر اساس شناسایی عوامل مؤثر در بازگشت مجدد اختلال دوقطبی، عواملی مانند عدم پایبندی دارویی، وجود علائم خرده‌نشانه و باقیمانده مانیا و افسردگی و وجود اختلال‌های توأم به‌خصوص اختلال‌های اضطرابی بیشتر نمود می‌کنند. توجه ویژه به این عوامل می‌تواند به

کاهش خطر عود کمک کند؛ به عبارتی وجود درمان غیردارویی در کنار دارو درمانی، ضروری به نظر می‌رسد. از جمله این درمان‌های الحاقی و توأم با درمان دارویی، می‌توان به درمان بین فردی و ریتم اجتماعی، درمان خانواده محور، آموزش روانی و درمان شناختی رفتاری اشاره کرد (۶). از جهتی وجود و حضور بیمار مزمنی مثل دوقطبی در بسیاری از جنبه‌های پویایی خانواده تداخل ایجاد می‌کند و خانواده به حمایت، مشاوره و آموزش روان‌شناختی در مورد بیماری، درمان آن‌ها و نشانه‌های مربوط به بیماری نیاز پیدا می‌کند (۶).

از آنجایی که تجربه زندگی و مجاورت با بیمار اطلاعات لازم را برای تعریف یک برنامه کاری فراهم می‌کند و روابط موجود در خانواده را روشن می‌سازد، نقش خانواده بسیار اساسی است. پویایی نقش خانواده یکی از مهم‌ترین زمینه‌ها در رویکردهای درمانی و ارزیابی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن روانی همچون اختلال دوقطبی است. چنانچه مشخص است تعامل دوطرفه‌ای بین بیماران و خانواده‌های آن‌ها وجود دارد. همین‌طور نتایج تحقیقات نشان می‌دهد درمان‌های فردی به مانند درمان‌های شناختی-رفتاری گاه اثربخشی لازم را در پیشگیری از عود علائم در این اختلال ندارند. چنانچه نتایج تحقیقی که راشدی و همکاران (۶) بر روی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در جلوگیری از عود اختلال دو قطبی انجام دادند، نشان داد که این تحقیق بین دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت معناداری در علائم مانیا و پایبندی دارویی وجود نداشت (۶).

برخی مطالعات انجام گرفته بر روی محیط خانوادگی بیماران، بر هیجانات ابراز شده (Expressed; EE) (Emotion)، یعنی نگرش‌های فردی که در روابط بین فردی تسهیل یا تداخل ایجاد می‌کند، تمرکز می‌کنند و فرایند ارتباطی بین بیماران و نزدیکان آن‌ها را تشکیل می‌دهند. ابعاد مهم هیجانات ابراز شده (EE) انتقاد و درگیری بیش از حد هیجانی است. انتقاد به عنوان یک فیلتر منفی تعریف شده است که چگونگی نگاه افراد در مورد خود و دیگران را تخریب می‌کند و درگیری بیش از حد هیجانی، فقدان مرزبندی هیجانی متناسب بین اعضا و خانواده‌های آن‌هاست. این هیجانات به شدت با تشدید علائم و نیاز به بستری شدن ارتباط دارد (۷).

روش کار جامعه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش به دنبال بررسی عوامل تأثیرگذار در کاهش یا عود علائم اختلال دوقطبی در خانواده‌های دارای نوجوان مبتلا به این بیماری است؛ بنابراین جامعه آماری این تحقیق، شامل تمام خانواده‌های بیماران نوجوان مبتلا به اختلالات دوقطبی می‌باشد. جامعه مورد مطالعه یا جامعه هدف شامل کلیه نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده‌های آن‌ها که به مراکز درمانی روان‌پزشکی تبریز مراجعه می‌کنند، می‌باشد.

روش نمونه‌گیری برای بیماران مورد نظر در این مطالعه، به صورت نمونه‌گیری در دسترس است. شرایط ورود به مطالعه برای تشخیص اختلال دوقطبی توسط روان‌پزشک فوق تخصص کودک و نوجوان از طریق مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-5 می‌باشد. روش نمونه‌گیری این پژوهش از نوع در دسترس است که نمونه بالینی آن از بین مراجعه‌کنندگان سرپایی به کلینیک تخصصی و فوق تخصصی علوم پزشکی شریف می‌باشد و نمونه آماری تحقیق از بین این جامعه شامل نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده‌های آن‌هاست و چون تحقیق مورد نظر از نوع کیفی بود، تعداد مراجعین تا اشباع داده‌ها ادامه داشت.

به این صورت که از بین بیمارانی که به کلینیک روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (کلینیک شریف) مراجعه می‌کنند و شرایط ورود به مطالعه برای تشخیص اختلال دوقطبی توسط روان‌پزشک فوق تخصص کودک و نوجوان را دارند، از طریق مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-5، برای ورود به تحقیق انتخاب می‌شوند.

شرایط سنی ورود به مطالعه حداقل سن ۱۲ و حداکثر ۲۰ سال برای بیماران نوجوان دوقطبی بوده، رضایت خانواده به شرکت در مطالعه و داشتن توانایی خواندن و نوشتن حداقل یکی از مراقبان اصلی جهت ثبت نشانه‌ها و علائم، تنها ملاک شرکت‌کنندگان در طرح می‌باشد. بیمارانی که انتخاب می‌شوند به همراه مراقبان آن‌ها (دو یا یک نفر از اعضای خانواده) به مدت حداقل یک ماه توسط محقق مورد ارزیابی کیفی قرار می‌گیرند.

از افراد مراجعه‌کننده‌ای که توسط روان‌پزشکان

سایر مطالعات بر عوامل مختلفی چون استرس‌ها و تنش‌های موجود در خانواده، هیجانات بدتنظیم و سیستم ناکارآمد خانواده تمرکز داشته‌اند.

یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی در ارتقاء سلامت روان و درمان بیماری‌های روانی تا سال ۲۰۱۶ کاهش طول مدت بستری در بیمارستان و گسترش سرویس‌های اجتماعی بوده است و در این راستا به نقش خانواده در مراقبت از اختلالات روانی توجه زیادی گردیده است و برای این منظور آموزش‌های سیستماتیک برای خانواده‌ها در امر مراقبت از بیماران روانی شدید، مورد تأکید قرار گرفته است (۸). تمرکز بیشتر بر قدرت و اثربخشی نظام خانواده در درمان و ارتقای سلامت روان در اولویت قرار دارد.

در مورد اختلالی فرسوده ساز همچون اختلال دوقطبی از یک سو این بیماری بر اعضای خانواده بیمار اثر می‌گذارد و از سوی دیگر، خود تحت تأثیر جو و محیط‌های خانوادگی مرتبط با مراقبان قرار می‌گیرد. ۸۹ تا ۹۱٪ از اعضای خانواده بین ۲۴ تا ۳۸٪ نمره بالای نقطه برش استاندارد، در سنجش خودگزارش دهی علائم افسردگی نسبت به شدت علائم بیماری بیمار، احساس فشار هیجانی (فرسودگی ذهنی) می‌کنند (۹). از سویی افکار و رفتارهای خودکشی بیمار به‌طور ویژه با تشدید علائم افسردگی مراقبان آن‌ها رابطه دارد (۱۰). برای اعضای خانواده با سابقه اختلالات خلقی، خطر عود یک دوره افسردگی اساسی برای مراقبان، بیش از دو برابر خطر عود برای اعضای خانواده‌ای است که تاریخچه اختلالات خلقی را بدون مسئولیت مراقبتی دارند (۱۰). چنانچه اشاره شد در حال حاضر دانش موجود در مورد اختلالات مزمن اساسی مثل اختلال دوقطبی به ما می‌گوید که پیچیدگی این بیماران، نیازمند راهبردهای مکمل و جامع‌تر از آنچه در حال حاضر در دسترس است، می‌باشد. در این پژوهش بر اساس تمام مسائل و مشکلات و دروندادها و برون‌دادهای سیستم خانواده بیمار درصدد پاسخ به این سؤال برآمدیم که راهبردهای انطباقی خانواده در ارتباط با اختلال دوقطبی نوجوان چیست؟

سپس بر اساس یافته‌های مشاهدات و متون مصاحبه‌ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی، راهبردهای مداخلاتی خانواده محوری ویژه این اختلال با هدف‌گزینی صحیح تدوین گردد.

ابزار گردآوری اطلاعات

مقیاس رتبه‌بندی مانیای یانگ (Young -YMRS) Mania Rating Scale: این مقیاس برای نمره‌گذاری نشانه‌های اختلال دوقطبی در مرحله مانیای به کار می‌رود، دارای ۱۲ پرسش و در کل ۶۰ نمره می‌باشد (۱۲). ثبات تشخیصی اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان این مقیاس به فارسی ترجمه و دوباره به انگلیسی برگردانده و با نمونه اصلی انطباق داده شده است. مقیاس درجه بندی مانیای یانگ در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳) در جمعیت ایرانی، همسانی درونی بالایی ($\alpha=0/82$) داشت و روایی آن از طریق همبستگی بالا با زیرمقیاس آمیخته‌ی مقیاس درجه بندی افسردگی دوقطبی $0/74$ تأیید شد (۱۳).

در ایران، در یک پژوهش (۱۴) به هنجاریابی، اعتبار و روایی مقیاس مانیای یانگ پرداخته شده و نتایج بررسی آن‌ها روی ۶۴ بیمار مانیک بستری نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برابر با $0/72$ و اعتبار بین ارزشیابان $0/96$ بود. ضریب روایی تشخیصی نمرات کل و عضویت گروهی $0/84$ و روایی هم‌زمان مقیاس یانگ با پرسشنامه تشخیصی جامع بین‌المللی برابر با $0/87$ محاسبه شد.

مقیاس افسردگی هامیلتون (Hamilton -HAM-D) Rating Scale for Depression: آزمون افسردگی هامیلتون یک پرسش‌نامه ۲۱ سؤالی جهت ارزیابی شدت افسردگی در بیماران می‌باشد که اولین بار در سال ۱۹۶۰ توسط ماکس هامیلتون منتشر شد و در حال حاضر یکی از شایع‌ترین پرسش‌نامه‌های ارزیابی افسردگی در سطح جهان است. در روش اجرای آن مصاحبه‌گر بایستی پاسخ‌های ممکن برای هر سؤال که در مورد انواع علائم افسردگی می‌باشد را طی مصاحبه با بیمار مشخص نماید. ۱۷ سؤال اول آزمون نمره کلی آن و سؤالات ۱۸-۲۱ مربوط به اطلاعات اضافی در مورد افسردگی مانند وجود علائم پارانوئید در صورت وجود می‌باشند. نسخه اصلی HAM-D شامل ۲۱ آیتم بود، اما هامیلتون اعتقاد داشت که چهار آیتم پایانی (تغییرات

تشخیص اختلال دوقطبی داشتند، درخواست شد تا در صورت تمایل به شرکت در پژوهش فرم اطلاعات شخصی را پر کرده و آمادگی خود را جهت شرکت در مصاحبه اعلام نمایند. سپس پس از بررسی محتویات فرم اطلاعات شخصی در صورتی که ملاک‌های ورود به پژوهش وجود داشت، زمانی برای انجام مصاحبه با افراد در نظر گرفته می‌شد.

در این مطالعه، در مرحله نخست برای سنجش علائم و نشانگان بیماری در نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی از مقیاس رتبه‌بندی مانیای یانگ و مقیاس افسردگی هامیلتون استفاده گردید؛ و نیز نمودار ثبت روزانه خلق و هیجان که برای اندازه‌گیری عینی رابطه بین تمام عوامل خانوادگی و محیطی در خلق و هیجان بیمار در طول دوره یک ماهه، به‌طور ثبت روزانه به کار رفت. ثبت داده‌ها در نمودار ثبت خلق روزانه بیمار توسط خود بیمار یا عضو فعال و نسبتاً آگاه خانواده می‌باشد. این نمودار وضعیت خلق و هیجان افراد را روی مقیاسی از ۵- (افسرده) تا ۵+ (شیدایی/پرفعالیت) برحسب امور و احوال روزمره‌ای که خلق و هیجان را تغییر می‌دهد (از قبیل خوابیدن و بیدار شدن، گفتگو با دیگران، محرک‌های اجتماعی، برنامه‌های ورزشی و...)، تعیین می‌کند.

نحوه جمع‌آوری اطلاعات

در این مطالعه همین‌طور به‌طور هم‌زمان در بخش کیفی، برای سنجش عوامل مداخله‌گر سیستم خانواده، بر اساس مشاهده و مصاحبه کیفی، حداقل دو یا یک عضو از اعضای خانواده با ضبط صدا و پیاده‌سازی داده‌های به‌دست‌آمده مورد مصاحبه و مشاهده قرار گرفتند. در دوره یک ماهه هر خانواده به همراه عضو مبتلا به اختلال دوقطبی طبق یک مصاحبه نیمه ساختاریافته و با سؤالات باز پاسخ و روش مشاهده‌ای مورد بررسی قرار گرفتند. در روش کیفی بر خلاف روش کمی حجم نمونه از ابتدای تحقیق قابل تشخیص نیست و بر این اساس پژوهشگر تا زمانی که تصویر جامعی از مقوله مورد بررسی به دست نیامد به نمونه‌گیری و مصاحبه با شرکت‌کنندگان ادامه داد. این روند تا اشباع نظری داده‌ها و عدم دستیابی به اطلاعات جدید استمرار داشت. بر این اساس ۱۵ مصاحبه از ۱۵ نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی و خانواده‌های آن‌ها صورت گرفت.

مسیرهای هماهنگ ساز خانواده با تغییرات، مسیرهای امنیت بخشی، ارتباط سازی، مقاوم سازی، باور سازی، مشارکتی خانواده در بحران، یافته‌های مربوط به راهبردهای خانواده در ارتباط با نوجوان مبتلا به اختلال دوقطبی در جدول ۱ آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه نقش خانواده در رویارویی با اختلال دوقطبی نوجوان را گزارش می‌کند. قصد این مطالعه درک بهتری از نیازهای والدین در فرایند انطباق‌پذیری، یافتن ضروری‌ترین نیازها و اولویت‌بندی آن‌ها در برنامه‌های آموزش خانواده است.

یافته‌های این پژوهش همان‌طور که نمودار شماره ۱ مشاهده می‌شود نشان داد که خانواده‌هایی که دارای یک عضو مبتلا به اختلال قطبی هستند، توانایی و ویژگی انطباقی دارند و عملکرد خانواده‌ها، به

روزانه، مسخ شخصیت علائم پارانوئید، علائم وسواس فکری (عملی) نباید در نمره کلی گنجانده شود، چرا که این علائم یا غیرمعمول هستند و یا بازتاب‌دهنده شدت افسردگی نمی‌باشند؛ بنابراین نسخه ۱۷ آیتی -HAM-D استاندارد برای آزمایش‌های بالینی شد و همچنین در طول سال‌ها این مقیاس پرکاربردترین مقیاس در آزمایش‌های بالینی کنترل شده در مورد افسردگی بوده است (ما اخیراً با انجام پژوهشی مشخص نمودیم که بیش از ۵۰۰ تحقیق از HAM-D استفاده نموده و آن را یک مقیاس اندازه‌گیری اثر بخش نامیده‌اند) (۱۵).

یافته‌ها

با توجه به نگرش خاص هر خانواده که بر ویژگی‌های تعدیل ناتوانی، سازگاری و به‌طور کلی در الگوی واکنشی آن‌ها در مقابل حوادث نقش مهمی ایفا می‌کند، یافته‌های پژوهش نشان داد، عملکرد خانواده‌ها، به پنج صورت در آن‌ها بروز یافته است که عبارتند از:

جدول ۱- راهبردهای خانواده در ارتباط با نوجوان مبتلا به اختلال دوقطبی

کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	کدگذاری باز	گزاره‌ها
		تنظیم تغییرات رفتاری با یکدیگر	تأثیر متقابل رشدی اعضا بر یکدیگر توجه به احوالات درونی خانواده ایجاد صمیمیت بیشتر میان اعضای خانواده
	مسیرهای هماهنگ ساز خانواده با تغییرات	متناسب سازی وظایف اعضا با شرایط	تعریف مرزهای جدید ارتباطی تعریف تکالیف و مسئولیت‌های جدید تعمیر نوع فعالیت‌های روزانه جابه جایی اولویت‌های زندگی
		تلاش خانواده برای حفظ دلبستگی‌ها	فشار زندگی و تفکرخلاقانه تصمیم بر تحمل سختی‌ها در کنار یکدیگر . حضور امنیت بخش مادر
	مسیرهای امنیت بخش خانواده	ایجاد تنوع در یکنواختی شرایط زندگی	انجام فعالیت‌های اجتماعی بهبود ارتباطات خانوادگی در سایه تنوع
	مسیرهای ارتباط سازی خانواده	ارتباط درون خانوادگی	تمرکز بر فرایند روابط صمیمانه و پشتیبانی عاطفی از یکدیگر لحن کلام کش ندادن مسائل حفظ روحیه صلح آمیز پذیرش مسئولیت و مراقبت از یکدیگر تبادلات گرم اعضای خانواده با هم بهبود سیستم ارتباطی با خانواده گسترده
		ارتباط برون خانوادگی	

راهبردهای مداخله‌ای سیستم خانواده در ارتباط با فرزند مبتلا به اختلال دوقطبی

جدول ۱- ادامه

گزاره ها	کد گذاری باز	کد گذاری محوری	کدگذاری انتخابی
مراقبت از نوجوان در برابر احساس ناامنی توجه به مخاطرات پیش روی خانواده با توجه به رفتار غیر قابل پیش بینی نوجوان یادآوری تجارب سخت تر مقایسه شرایط خود با زندگی سایر خانواده های مشابه خود الگو گیری از آرامش مردگان و مادران شهید نوجوان را امانت خدا دانستن مشکل را فرصت یادگیری و رشد دیدن ارزیابی و تفکر در مورد اولویت های زندگی تمرکز بر نقاط مثبت پذیرش قضا و قدر تلاش برای فهم بیماری به عنوان یک واکنش زیستی بدن در نظر گرفتن زمانی برای با هم بودن همراه بودن در کنار نوجوان مرور و بازگویی خاطرات با هم ایجاد سرگرمی های خانگی پرداختن به امور روزمره	ساختار محافظتی و مراقبتی خانواده ملاحظه تجارب و الگوهای مقاوم در برابر سختی و رنج نگاه ارزشی به فرد مبتلا	مسیرهای مقاوم سازی خانواده	کدگذاری انتخابی
	نگاه رشدی به مسائل و مشکلات واقع نگری در پذیرش بیماری مشارکت هیجانی	مسیرهای باورسازی خانواده	
	مشارکت رفتاری	مسیرهای مشارکتی خانواده	

تاب آوری می داند. او بیان می کند که خانواده ها باید برای داشتن کارکرد مطلوب در هنگام مواجهه با سختی، یک ساختار انعطاف پذیر داشته باشند و با خواسته های محیطی و رشدی متغیر سازگار شوند. همان طور که ستیر (۱۹۷۵) در خانواده های سالم مشاهده کرد قوانین برای اعضا تغییرپذیر، مقتضی و اصلاح شدنی است؛ بنابراین اعضا خانواده از طریق تعاملات با یکدیگر می آموزند که با تغییرات، انطباق پذیری و انعطاف نشان دهند که نهایتاً به سازگاری آن ها با شرایط موجود منجر می شود (۱۷).

در زندگی انسان همواره مسائل و مشکلات گوناگونی وجود دارد که برخی از آن ها بسیار طاقت فرساست. از طرفی شیوه مواجهه همه افراد نیز یکسان نیست. برخی از افراد در برخورد با عوامل فشارزا، انعطاف پذیری خاصی دارند و رفتار خود را با تغییرات جدید هماهنگ می کنند، در حالی که در برخی دیگر تحت شرایط مشابه، دچار شکنندگی روانی و رفتاری شده و عملکردهای ضعیف و ناکارآمد از خود نشان می دهند.

بنابراین وقتی تغییرات ناگهانی در زندگی افراد ایجاد شده و یا با بحرانی هایی چون ابتلا به بیماری و یا اختلال روانی روبرو می شوند، افراد قابل انطباق به صورت زیر شناخته می شوند: ۱- ایجاد تغییراتی در ابعاد هویت و ۲- ایجاد تغییراتی در نقش های خانوادگی

صورت های زیر به انطباق کلی خانواده در شرایط بحرانی کمک کرده است: مسیرهای هماهنگ ساز خانواده با تغییرات، مسیرهای امنیت بخشی، ارتباط سازی، مقاوم سازی، باور سازی و مشارکتی خانواده در بحران... با بررسی نحوه رویارویی خانواده ها و حالات ارتباطی و فرآیندهای راهبردی آن ها از جمله چگونگی تقسیم وظایف، حمایت از یکدیگر در بحران، اعتماد متقابل و امنیت بخشی، ابراز عواطف و... می توان به این نتیجه رسید که این عوامل به انطباق کلی خانواده در شرایط بحرانی کمک کرده است. به طور کلی خانواده های سالم با ابراز هیجان و حمایت از یکدیگر با موقعیت های سخت روبرو می شوند و آن ها را می پذیرند و می دانند قادر به کنترل بسیاری از آن ها نیستند و در جستجوی منابع حمایتی برای مقابله با آن ها به شیوه ای برنامه ریزی شده، معنادار و سازنده برمی آیند (۱۶).

نتایج مطالعه نشان داد در میان مسیرهای انطباقی منظومه خانواده، مسیرهای هماهنگ ساز خانواده با تغییرات از اهمیت ویژه ای برخوردار است. از جمله مسیرهای هماهنگ ساز خانواده با تغییرات می توان به متناسب سازی وظایف اعضا با شرایط جدید از بحران و تنظیم تغییرات رفتاری با یکدیگر، توجه و در نظر گرفتن محیط و اجتماع اشاره داشت.

والش (۱۷) این ویژگی ها را لازمه ایجاد و تقویت

جدول ۱- ادامه

طیف های مفهومی	گزاره ها (جملات مهم)
تاثیر متقابل رشدی اعضا بر یکدیگر	به بچه هام یاددادیم وقتی تینا عصبانیه کاری بهش نداشته باشند تا کار به کتک کاری و دعوا نکشه، بچه هام خیلی صبوری می کنند وهمکاری دارند.
توجه به احوالات درونی خانواده	من وهمسرم با هم توافق کردیم با همه مشکلاتی که داریم جو خانوادگیمون همیشه آرام نگه داریم و از هیچکدوم از بچه هامون غافل نشیم.
ایجاد صمیمیت بیشتر میان اعضای خانواده	این چندسالی که درگیر بیماری هستیم، سعی همه امون این بود نذاریم بیماری شادی از ما بگیره به نظرم تالان موفق بودیم. بعد مرضی تینا حس میکنم به همسرم خیلی نزدیکتر شدم.
تعریف مرزهای جدید ارتباطی	قبلا هم همسرم وهم بچه هام درگیر کار خودشون بودند ولی مرضی تینا باعث شد با هم صمیمی تر بشیم. اگه تو خونه مشکلی پیش بیاد باهم حرف می زنیم ومشکلو حل می کنیم درحالیکه اون موقع اصلا حرف زدنی وجود نداشت و معنایی برای حل مشکل نداشت.
تعریف تکالیف و مسئولیت های جدید	من وهمسرم باهم قرار گذاشتیم اگر اختلاف و دعوی داریم دیگه جلوی بچه ها نباشه و بهم بیشتر از قبل احترام بگذاریم. همسرم چون کارش آزاد بود قبلا ناهار خونه نمیومدو شبا دیر می اومد، این شرایط که پیش اومد ناهار کنار ما میخورد و شبا زودتر از سرکار بر میگردد میگه میخوام بیشتر واسه بچه هام وقت بزارم.
تغییر نوع فعالیت های روزانه	بعد بیماری نقش هامون تفکیک شده و مشخصه، هرکسی میدونه باید چیکار کند. تو خونه واسه هرکسی وظیفه مشخص کردیم که به یه نفر فشار نیاد.
جابه جایی اولویت های زندگی	قبلا خیلی تنهایی ما،ماد،تصمیم گرفتیم کمتر تنهاتش بزاریم من و بابا وخواهرش ساعتی بیرون رفتنمون باهم تنظیم کردیم که هر دفعه یکی با علیرضا بمونه که تنها نباشه.
فشار زندگی وتفکر خلاقانه	قبلا هر روز باشگاه میرفتم و خودم خریدای خونه رو انجام می دادم ولی الان بیشتر تو خونه میمانم تو خونه ورزش میکنم و اکثر خریدامو اینترنتی انجام میدم.
تصمیم بر تحمل سختی ها در کنار یکدیگر	یه زمانی ارتقای شغلی و درآمد بالا واسم خیلی مهم بود ، خیلی تلاش میکردم و برای خانوادم وقت نمیدانستم اما حالا مهمترین اولویت زندگیم خانوادم و سلامتی اونهاست بعد شغلم.
حضور امنیت بخش مادر	من و همسرم اینقدر درگیر مسائل مالی و تامین هزینه بچه ها بودیم که کمتر به نیازهای روحیشون توجه داشتیم، ولی الان شادابی ونشاطشون واسم مهمترینه.
انجام فعالیت های اجتماعی	همیشه سعی می کردیم موقع بحران فکرای تازه امون رو عملی کنیم این کمک می کرد ناامید نباشیم وکنارهم ادامه بدیم. ما به هم قول دادیم واسه خوب شدن حال بچمون تمام تلاشمون کنیم و جا نزنیم.
بهبود ارتباطات خانوادگی در سایه تنوع	بچه هام میگن مامان ما کنار تیم و هر کاری لازم باشه انجام میدیم تا خانوادمون مثل قبل بشه، ما تسلیم نمیشیم. مامانمو خیلی دوست دارم در حد پرستش، وقتی مامانم خونه است خیالم آسوده است.
	با مامان مثل دوتا رفیقیم ، وقتایی که دوتایی باهم وقت میگذرونیم آرامش عجیبی دارم.
	تو یه گروه کوهنوردی ثبت نام کردیم،وقتایی که شرای مساعد کوه میریم و کلی انرژی میگیریم.
	صبح های جمعه همه خانواده زودتر بیدار میشیم و تو پارک محله با بقیه ورزش میکنیم.
	مسجد محلمون واسه نوعروسها جهزیه تهیه می کنده،ما تو فعالیتهای خیر خواهانه اش شرکت میکنیم و این خیلی حالمون خوب میکنه.
	وقتی تو خونه دعوا یا مشکلی پیش میاد دور هم جمع میشیم با هم حرف می زنیم درحالیکه قبلا اصلا حرف زدنی نبود و معنایی برای حل مشکل نداشت.
	قبل بیماری باهم حتی هفته ای یه بار هم دور یه میز شام نمیخوردیم، الان خیلی وقتا باهم شام میخوریم وگپ میزنیم.
	پدرش قبلا فکر می کرد باید تو خونه اوضاعو از بالا بدست بگیره اما الان رابطش با بچه ها دوستانه تر شده قبلا فکر میکرد هرچی میگه باید همان حتما انجام بشه.

تعارض) نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند. مشارکت پذیری اعضای خانواده به عنوان نیاز اجتناب ناپذیر بشر، همه ابعاد انسانی را در سطوح مختلف فکری، عاطفی و رفتاری تحت پوشش قرار می‌دهد (۱۸) و در انطباق‌پذیری خانواده با شرایط بحران حائز اهمیت است.

نقش والدی و یا نقش فرزند، نقش زوجی) که به طبع آن در وظایف و رفتارها نیز تغییراتی ایجاد می‌شود. از دیگر مسیرهای انطباقی منظومه خانواده، مسیر مشارکتی (مشارکت هیجانی، مشارکت رفتاری) است و مسیر ارتباط سازی (ارتباط درون خانوادگی، ارتباط برون خانوادگی) و مسیر انسجام بخشی (تقویت نقش حمایتی اعضا، هماهنگی اعضا خانواده جهت کاهش

جدول ۱- ادامه

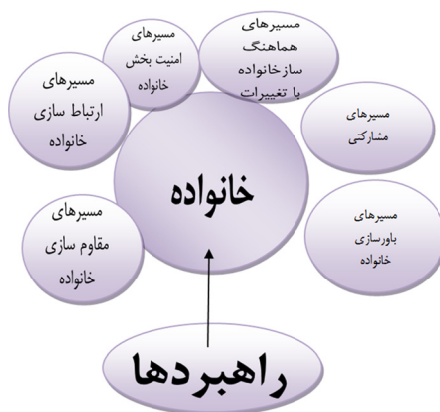
گزاره ها (جملات مهم)	تیف های مفهومی
همسر همیشه بابت صبر و تحملی که دارم تشویق می‌کنه و می‌گه قدردان زحمتهای من واسه امیرضا هست. وقتایی که بیماریش عود میکرد دخترام بهم دلگرمی می دادند. همسر همیشه آماده شنیدن دغدغه ها و خستگی هام بود مثل یه کوه پشتمه، اگه حمایتهاش نبود من تاحالا کم آورده بودم. وقتی اوضاع خونه متشنج می شد و بچه ها دعوا می کردند، همسر سعی می کرد به جای داد و فریاد با لحن آروم و با خونسردی با بچه ها صحبت کند.	تمرکز بر فرایند روابط صمیمانه و پشتیبانی عاطفی از یکدیگر لحن کلام
اهل این نیستیم که موقع اختلافات مسائلو کش بدیم... اصلا ادامه نمیدیم. تمام دعوایی که داشتیم سر تقسیم ارثیه..... از آنها صرف نظر کردیم و مصالحه کردیم. منو همسر تا حالا مشکلی نداشتیم تو این همه وقتی که زندگی کردیم هر چی من بگم اون می‌گه چشم، منم نسبت به همسر همینطورم.	کش ندادن مسائل حفظ روحیه صلح آمیز
وقتایی که حال زهرا بد می شدو اوضاع خونه بهم می ریخت همسر هر جا که بود خودشو می رسوند و اوضاعو آروم می کرد. روزایی که امیرضا بستری بود پسر بزرگم میگفت مامان خسته شدی، بیشتر روزا او تو بیمارستان می ماند و پرستاری می کرد. من وقتی از سر کار میام خونه بچه هامو حتما در آغوش میگیرم و باهر کدومشون شوخی می‌کنم. شب حتی نیم ساعت شده دور هم جمع میشیم در مورد اتفاقای روزمره امون صحبت می‌کنیم این قراری که ما با بچه ها گذاشتیم. روزای جمعه من و پسر شام درست می‌کنیم و بقیه خانواده رو مهمون می‌کنیم. خانواده همسر رابطه اشون باهامون نزدیک تر شده، بیشتر خونمون میان و به ما سر می زند. یه وقتایی نیاز داشتیم با یکی درد و دل کنیم واسه همین تو این مدت با خواهرم صمیمی تر شدم. هرچی اختلاف سر ارثیه بود با خواهر و برادر ام داشتیم تمام کردیم و باهم بیشتر معاشرت کردیم.	پذیرش مسئولیت و مراقبت از یکدیگر تبادلات گرم اعضای خانواده با هم بهبود سیستم ارتباطی با خانواده گسترده
آرامش و امنیت سعی کردیم به هر ترتیبی حفظ کنیم رفته با مدرسه صحبت کردم که این بچه رو تو فشار نباید بندازید. من نازو نیازهای تینا رو میدونم خیلی زود برطرفش می‌کنم و نمیذارم معطل بمونه سعی می‌کنم بچمو به مرحله ای نرسونم که آرامش بهم بریزه، این قراریه که با خودم گذاشتم.	مراقبت از نوجوان در برابر احساس ناامنی
تینا به تازگی با پسری دوست شده بود از آنجایی که میدونستم این رابطه دوام نمیاره و ممکن بعدش تینا بهم بریزه یا سرخودش بلایی بباره، سعی کردم با مشاوره رفتن این ارتباطو قطع کنم قبل اینکه اتفاق بدی بیفته. یه سری از کارها رو مشخص کردیم که تو خونمون اتفاق نیفته تا زهرا رو به اون خشمی که باعث بعضی رفتاراش می شد نرسونه مثل قهر، سرزنش، دادو فریادو..... سعی کردیم به اون درجه از خشم نرسونیمش که بخواد خدایی نکرده اشتباهی کنه. یاد روزای سختی که پشت سر گذاشتم می‌تم، یاد روزی که پدر و مادرمو تو یه لحظه از دست دادم یادآوریشون منو مقاومتر می‌کنه. من ده سالم بود که مادرمو از دست دادم و همه مسئولیتهای خونه به دوشم افتاد سختی اون روزا منو محکم کرد. مطب روانپزشک میام و خانواده های مثل خودمو میبینم که با امید پیگیر درمان بچه هاشون هستند میگم پس ما هم میتونیم. وقتی با خانواده هایی که مشکلی مثل مشکل ما دارند صحبت می‌کنم غم و غصه هام یادم میره. وقتی تلویزیون با مادر شهید مدافع حرم مصاحبه می کرد میدیدم چقدر با صلابت از شهادت فرزندشون صحبت می کنند خیلی روحیه میگیرم.	توجه به مخاطرات پیش روی خانواده با توجه به رفتار غیر قابل پیش بینی نوجوان یادآوری تجارب سخت تر
این مراقبت و صبوری که واسه پسر دارم وظیفم در قبال خدا میدانم، خدا اونو به امانت به ما داده تا به نحو احسن ازش مراقبت کنیم و رشدش بدیم. سختی هایی که تو راه بیماری کشیدیم باعث شد صبوری خیلی خوب یاد بگیریم. احساس می‌کنم از وقتی بیماری پسر اتفاق افتاد نسبت به قبل قوی تر شدیم و زود نمیشکنیم. وقتایی که با خود خلوت می‌کنم و به راهی که اومدم نگاه می‌کنم، میبینم چقدر ناپخته اولوبتهای زندگیمو تعیین کردم. وقتی اولین بار روانپزشک مریضی پسرمو تشخیص داد و اون بستری شد، نظرم نسبت به زندگی تغییر کرد، دغدغه هام عوض شد. مشقت بیماری باعث شد اعضای خانوادم بهم نزدیکتر شدند	مقایسه شرایط خود با زندگی سایر خانواده های مشابه خود الگو گیری از آرامش مردگان و مادران شهید
این مریضی با همه فرازونشیب هاش یه تلنگر مهم واسه زندگیمون بود، به ما یاد داد قدر همدیگرو بیشتر بدانیم. بعضی وقتا خودمو قانع می‌کنم میگم خدا خواسته سرنوشت زندگیمون اینطور باشه. من و خانمم از خدا میخوام بکمک کند بتوانیم در ارتباط با بیماری بچمون صورت تر باشیم، حتما حکمتی بوده که خدا این بیماری تو زندگیمون قرار داده.	نوجوان را امانت خدا دانستن مشکل را فرصت یادگیری و رشد دیدن ارزیابی و تفکر در مورد اولویت های زندگی تمرکز بر نقاط مثبت پذیرش قضا و قدر

و بیرون از خانواده و افزایش روابط ارتباطی، ارتباط فیزیکی و معنوی مستمر اعضای خانواده را کاهش داده، ایجاد مشارکت در زمینه‌های مساعد و مناسب برای التیام جراحات خانواده از آسیب بحران، یک اضطرار و

فرآیند مشارکت پذیری زمینه فعال سازی بسیاری از روابط را فراهم می آورد و غنی سازی ارتباطات و انسجام بخشی اعضای خانواده با یکدیگر را موجب می‌شود. در شرایط بحران که پیچیدگی مسائل در درون

جدول ۱- ادامه

طیف های مفهومی	گزاره ها (جملات مهم)
تلاش برای فهم بیماری به عنوان یک واکنش زیستی بدن	وقتی دکتر گفت باید بستری بشه اولش باور نمی‌کردم یعنی چی دخترم که سالمه؟! همیشه به بیماری جسمی متمرکز بودم به خصوص هم شغلم طوری بود که با جسم سروکار داشتم از روح هیچ خبری نداشتم وقتی روانپزشک در مورد ارتباط روح با جسم گفتو خودمم مطالعه کردم پذیرفتم.
در نظر گرفتن زمانی برای با هم بودن همراه بودن در کنار نوجوان	ما باهم قرار گذاشتیم شب ها بعد استراحت حتی نیم ساعت شده کنار هم بنشینیم و در مورد اتفاقات روزمون صحبت کنیم. وقتایی که بی حالیم بابام بهم امید میده وقتی حوصله ندارم میشینه و باهام حرف میزنه که تو خوب میشی..... این یه مشکل معمولیه . وقتی افسرده بودم یا حوصله نداشتم بابام میگفت لباساتو بپوش بریم باهم بچرخیم و این حالمو خوب می کرد. گاهی شده بود که دانشگاه نمی رفت..... یا کاری رو که شروع کرده بود وسطش رها می کرد و می گفت حوصله ندارم اصلا کاریش نداشتم، میدونستم این بهترین کاره خودش هر زمان بخواد دوباره شروع میکنه. بعضی شبها تنقالت میخربم و دور هم جمع میشیم، من و خانمم از خاطرات کودکی خودمون وبچه ها صحبت می کنیم. یه شبایی که بیکاریم بسرم فیلم داندلود میکنه و باهم تماشا میکنیم. روزی تعطیل من و پسرعم و دخترم با باش هر کدوم یه تیم میشیم و والیبال بازی می کنیم. چون دخترم عاشق کیک وشکلاته وقتایی که حوصلمون سر میره باهم کیک میپزیم. کنار هم روزمونو میگذرونیم، پسرعم میره دانشگاهو میاد، دخترم تو کار خونه کمک میکنه، همسرم میره سرکار و خریدای خونه رو انجام میده هیچوقت زندگیمون از جریان نیفتاده.
مرور و بازگویی خاطرات با هم ایجاد سرگرمی های خانگی	
پرداختن به امور روزمره	



نمودار ۱- راهبردهای خانواده در ارتباط با نوجوان مبتلا به اختلال دو قطبی

در رنج است (۱۸).
در تبیین نتایج این پژوهش می توان گفت که انسجام و انطباق پذیری خانوادگی به قوانین حاکم بر خانواده و نحوه سازگاری با تغییرات خانوادگی اشاره دارد.
مسیر باورسازی (نگاه ارزشی به نقش اعضا در بحران، نگاه رشدی به مسائل و مشکلات، واقع نگری به پذیرش بحران) از دیگر راهبردهای انطباقی خانواده‌هاست.
انسان این توانایی را دارد که باورهایی را بسازد و یا آن‌ها را تغییر دهد. خانواده‌ها بافت های حیاتی برای یادگیری اجتماعی هستند. در خانواده‌های با عملکرد مناسب، والدین، موفقیت فرزندان را تشویق می‌کنند و

ضرورت برای کمک به فرایند انطباق‌پذیری به نظر می رسد. نتایج این پژوهش با پژوهش آژیده (۱۷) همسو است که دریافتند شیوه های مشارکتی خانواده می‌تواند در روابط بین فردی اعضای خانواده موثر واقع شود. لذا، این سه مسیر انطباقی با یکدیگر روابط متقابلی داشته و با یکدیگر قابل تبیین هستند.
مشارکت به درک متقابل و همدلی بیشتر اعضای خانواده کمک می‌کند. خانواده‌ای که نمی‌تواند اعضایش را به مشارکت فراخواند و از استعداد های آنان خبر نداشته یا اعتمادی ندارد، نمی‌تواند همدیگر را تکمیل کنند. چنین خانواده‌ای از ناتوانی و انزوای اعضای خود

suicide ideation and prior suicide attempts of bipolar patients as influences on caregiver burden. STED-BD Family Experience Collaborative Study Group. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(4):482-91.

11. Russo J, Vitaliano PP, Brewer DD, Katon W, Becker J. Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and matched controls: a diathesis-stress model of psychopathology. *J Abnorm Psychol.* 1995;104(1):197-204.

12. Shafiee K, Barakatain M, Bashardoost N, Mahmoodi J. The rate of clinical response of oral loading sodium valproate in acutely manic patient. *Res Med Sci.* 2003;8:25-29.

13. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol.* 1960;23:56-62.

14. Gladding S. *Family Therapy: History, Theory, and Practice.* 2014. Pearson Education.

15. Walsh F. *Strengthening family resilience.* Dehghani, M., Khajeh Rasouli, M., Mohammadi S., Abbasi M. (Translated). 2th ed, 2006.

16. Aghajani N. Participation of family members. *Womens Strategic Studies.* 2002. N 16. (Persian)

17. Azhideh M. Investigatin the methods of family participation in the education of adolescents. *The rights of nations* 2015;19(139).

18. Crea TM, Chan K, Barth RP. Family environment and attention-deficit/hyperactivity disorder in adopted children: associations with family cohesion and adaptability. *Child Care Health Dev.* 2014;40(6):853-62.

به رفتار سازگار از طریق توجه، تقدیر و تأیید پاداش می‌دهند، آن‌ها سعی می‌کنند رفتار ناسازگار را تشویق نکنند و در خانواده‌هایی که کارکرد پایینی دارند، والدین اجبار بیشتری به کار می‌برند و بر بدرفتاری، شکست، کنترل و تنبیه تمرکز می‌کنند (۱۷).

References

1. Hommerding B. Family-Focused Interventions for Children and Adolescents with Bipolar Disorder. A Starred Paper Submitted to the Graduate Faculty of St. Cloud State University in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Science in Special Education. *Culm Projects Spec Educ.* 2016.

2. Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A, Findling RL. Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disord.* 2005;7:483-496.

3. Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor M. Pediatric bipolar disorder: A review of the past 10 years. *J Amn Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44:846-871.

4. Nastaran H, Zahra Sh, Vandad Sh, Javad MGh, Maryam T, Mojgan Z. Clinical Characteristics and Diagnostic Stability of Bipolar Disorder in Children and Adolescents. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2012;18(1):29-39. (Persian)

5. Birmaher B, Axelson D. Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents: A review of the existing literature. *Dev Psychopatol.* 2006;18:1023-1035.

6. Elham R, Sohrabi F, Jamal Sh. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in preventing recurrence of bipolar disorder. *Scientific-Research J Shahed Univ.* 2011;3(5):49-64. (Persian)

7. Ramírez A, Palacio JD, Vargas C, Díaz-Zuluaga AM, Duica K, Berruecos YA, et al. Expressed emotions, burden and family functioning in schizophrenic and bipolar I patients of a multimodal intervention programme: PRISMA. 2017;(46)1:Pages 2-11.

8. Stang P, Frank C, Yood MU, Wells K, Burch S. Impact of bipolar disorder: Result from a screening study. *J Clin Psychiatry.* 2007;9(1):42-47.

9. Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Chessick C, Wolff N, Kaczynski R, et al. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disord.* 2007;9:262-273.

10. Chessick CA, Perlick DA, Miklowitz DJ, Kaczynski R, Allen MH, Morris CD, et al. Current