



رویارویی با اختلال دو قطبی نوجوان: بررسی پدیدارشناسی خانواده

نفیسه مهدوی: دانشجوی دکترای تخصصی مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) nafiseh_mahdavi@yahoo.com

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

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

عبدالله معتمدی: روانشناس بالینی، دانشیار، دانشگاه علامه طباطبائی، 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 نایوبدکننده" باشد که خانواده را مختلف می‌کند و فرصت استراحت را از آن می‌گیرد.

روش کار: روش تحلیل داده‌ها در این مطالعه کیفی بود. 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 کدنا معنی می‌دهد" کدگذاری ادامه می‌یابد. بعد از کدگذاری مجموعه کامل داده‌ها، جهت هماهنگی بین رمزگذاری دوباره وارسی می‌گردد. 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، مقاوم‌سازی، 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 ضروری ترین 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, Motamed 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 Tabatabaei University, Tehran, Iran (* Corresponding author)

nafiseh_mahdavi@yahoo.com

Kiomars Farahbakhsh: Associate Professor, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran

Golamreza Noorazar: Associate Professor, Tabriz University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abdollah Motemi: Associate Professor, Allameh Tabatabaei 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, Motamed 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

کاهش خطر عود کمک کند؛ به عبارتی وجود درمان غیردارویی در کنار دارو درمانی، ضروری به نظرمی رسد. 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. همین طور 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 پاییندی دارویی وجود نداشت (۶).

برخی مطالعات انجام گرفته بر روی محیط خانوادگی بیماران، بر هیجانات ابراز شده (Expressed; EE) Emotion (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).

اختلال دوقطبی، بیماری مزمن و دوره‌ای با حملات حاد است که شیوع آن در طول زندگی، در حدود ۲۴٪ برآورد می‌شود. اگرچه اوایل چنین تصور می‌شد که تنها بزرگ‌سالان می‌توانند تشخیص اختلال دوقطبی کودکان و نوجوانان در دهه گذشته با سرعت شگفت‌آوری افزایش یافته است (۱). همین‌طور در سال‌های اخیر 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، شایع تراز 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).

به ظاهر، دارودرمانی به‌نهایی 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 پاییندی دارویی، وجود علائم خود نشانه و باقیمانده مانیا و افسردگی وجود اختلال‌های توأم به خصوص اختلال‌های اضطرابی بیشتر نمود می‌کنند. توجه ویژه به این عوامل می‌تواند به

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 خانواده‌بیماران نوجوان مبتلا به اختلالات دو قطبی 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 نمونه گیری در دسترس است. شرایط ورود به مطالعه برای تشخیص اختلال دو قطبی 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 دو قطبی 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 حداقل 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 شرکت کنندگان 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

ساختمان مطالعات بر عوامل مختلفی چون استرس‌ها و تنش‌های موجود در خانواده، هیجانات بدنتظامی 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 به طور 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 جامع تر 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 در صدد پاسخ به این سؤال برآمده‌یم که راهبردهای انطباقی خانواده در ارتباط با اختلال دو قطبی نوجوان چیست؟

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

ابزار گردآوری اطلاعات

مقیاس رتبه‌بندی مانیاک یانگ (Young -YMRS): این مقیاس برای نمره‌گذاری نشانه‌های اختلال دوقطبی در مرحله مانیا به کار می‌رود، دارای نه 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 مانیاک 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 مانیاک 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): 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 درصورتی 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 مانیاک 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، به طور 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) بر حسب 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 همین طور به طور 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 به دست آمده 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 برخلاف 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 نیاورد به نمونه‌گیری و مصاحبه با شرکت کنندگان 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، یافته های مربوط به راهبردهای خانواده در ارتباط با نوجوان مبتلا به اختلال دوقطبی در جدول ۱ آمده است.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه نقش خانواده در رویارویی با اختلال دو قطبی نوجوان را گزارش می کند. قصد این مطالعه درک بهتری از نیازهای والدین در فرایند انطباق پذیری، یافتن ضروری ترین نیازها و اولویت بندی آنها در برنامه های آموزش خانواده است.

یافته های این پژوهش همان طور که نمودار شماره ۱ مشاهده می شود نشان داد که خانواده هایی که دارای یک عضو مبتلا به اختلال قطبی هستند، توانایی و ویژگی انطباقی دارند و عملکرد خانواده ها، به

روزانه، مسخ شخصیت علائم پارانوئید، علائم وسوس افسکری عملی) نباید در نمره کلی گنجانده شود، چرا که این علائم یا غیر معمول هستند و یا بازتاب دهنده شدت HAM-D ایتمی نمی باشند؛ بنابراین نسخه ۱۷ آیتمی HAM-D استانداردی برای آزمایش های بالینی شد و همچنین در طول سال ها این مقیاس پر کاربرد ترین مقیاس در آزمایش های بالینی کنترل شده در مورد افسکرگی بوده است (ما اخیراً با انجام پژوهشی مشخص نمودیم که بیش از ۵۰۰ تحقیق از HAM-D استفاده نموده و آن را یک مقیاس اندازه گیری اثر بخش نامیده اند) (۱۵).

یافته ها

با توجه به نگرش خاص هر خانواده که بر ویژگی های تعديل ناتوانی، سازگاری و به طور کلی در الگوی واکنشی آنها در مقابل حوادث نقش مهمی ایفا می کند، یافته های پژوهش نشان داد، عملکرد خانواده ها، به پنج صورت در آنها بروز یافته است که عبارتند از:

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

گزاره ها	کد گذاری محوری	کد گذاری باز	کد گذاری انتخابی
تأثیر متقابل رشدی اعضا بر یکدیگر توجه به احوالات درونی خانواده ایجاد صمیمیت بیشتر میان اعضای خانواده تعریف مزهای جدید ارتباطی تعریف تکالیف و مسئولیت های جدید تغییر نوع فعالیت های روزانه جایه جایی اولویت های زندگی	متناوب سازی وظایف اعضا با شرایط	تنظیم تغییرات رفتاری با یکدیگر	مسیرهای هماهنگ ساز خانواده با تغییرات
فشار زندگی و تفکر خلاقانه تصمیم بر تحمل سختی ها در کنار یکدیگر. حضور امنیت بخش مادر	ایجاد تنوع در یکنواختی شرایط زندگی	تلاش خانواده برای حفظ دلیستگی ها	مسیرهای امنیت بخش خانواده
انجام فعالیت های اجتماعی بهبود ارتباطات خانوادگی در سایه تنوع	ارتباط درون خانوادگی	ارتباط درون خانوادگی	مسیرهای ارتباط سازی خانواده
تمرکز بر فرایند روابط صمیمانه و پشتیبانی عاطفی از یکدیگر لحن کلام	ارتباط برون خانوادگی	ارتباط برون خانوادگی	
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			

جدول ۱- ادامه

گزاره ها	کد گذاری باز	کد گذاری محوری	کد گذاری انتخابی
مراقبت از نوجوان در برابر احساس نامنی توجه به مخاطرات پیش روی خانواده با توجه به رفتار غیر قابل پیش بینی نوجوان یادآوری تجارت 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 از ریابی و تفکر در مورد اولویت های زندگی تمرکز بر نقاط مثبت پذیرش قضاء و قدر تلاش برای فهم بیماری به عنوان یک واکنش زیستی بدن در نظر گرفتن زمانی برای با هم بودن هرمراه بودن در کلار نوجوان مرور و بازگویی خاطرات با هم ایجاد سرگرمی های خانگی پرداختن به امور روزمره	نگاه ارزشی به فرد مبتلا نگاه رشدی به مسائل و مشکلات واقع نگری در پذیرش بیماری مشارکت هیجانی مشارکت رفتاری	مسیرهای مقاوم سازی خانواده مسیرهای باورسازی خانواده مسیرهای مشارکتی خانواده	ساختار محافظتی و مراقبتی خانواده ملاحظه تجرب و الگوهای مقاوم در برابر سختی و رنج نگاه ارزشی به فرد مبتلا نگاه رشدی به مسائل و مشکلات واقع نگری در پذیرش بیماری مشارکت هیجانی مشارکت رفتاری

تابآوری 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 تغییر پذیر، 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 آنها با شرایط موجود منجر می شود (۱۷).

در زندگی انسان همواره مسائل و مشکلات گوناگونی وجود دارد که برخی از آنها 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 بحران 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 آنها 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 آنها را می پذیرند و می دانند قادر به کنترل بسیاری از آنها تیستند و در جستجوی منابع حمایتی برای مقابله با آنها 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

گزاره‌ها (جملات مهم)

طیف‌های مفهومی

تاثیر متقابل رشدی اعضاء بر یکدیگر	به بچه هام یادداشتم وقتی تینا عصبانیه کاری بپوش نداشتند تا کار به کتک کاری و دعوا نکشید، بچه هام خیلی صبوری می‌کنند و همکاری دارند.
توجه به احوالات درونی خانواده	من و همسرم با هم توافق کردیم با همه مشکلاتی که داریم جو خانوادگی‌مون همینشه آروم نگه داریم و از هیچکدام 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 بگیرید به نظرم تالان موفق بودیم.
تعزیز مرزهای جدید ارتباطی	بعد مریضی تینا حس میکنم به همسرم خیلی تزدیکتر شدم قبلا هم همسرم و هم بچه هام درگیر کار خودشون بودند وی مریضی تینا باعث شد با هم صمیمی تر بشیم.
تعريف تکالیف و مسئولیت‌های جدید	اگه تو خونه مشکلی پیش بیاد باهم حرف می‌زنیم و مشکلی حل می‌کنیم درحالیکه اون موقع اصلاً حرف زدنی وجود نداشت و معنایی برای حل مشکل نداشت.
تجدد زندگی افراد خانواده	من و همسرم باهم قرار گذاشتیم اگر اختلاف و دعواهای داریم دیگه جلوی بچه ها نباشند و بهم بیشتر از قبل احترام بگذاریم.
تجدد زندگی افراد خانواده	همسرم چون کارش آزاد بود قبلا ناهار خونه نمی‌موده شبا دیر می‌اوید، این شرایط که پیش اومد ناهار کنار ما میخورد و شبهای زودتر از سرکار بر میگردید میگه میخواه بیشتر واسه بچه هام وقت بزارم.
تجدد زندگی افراد خانواده	بعد بیماری نقش هامون تفکیک شده و مشخصه، هرکسی میدونه باید چیکار کند.
تجدد زندگی افراد خانواده	تو خونه واسه هرکسی وظیفه مشخص کردیم که به یه نفر فشار نیا.
تجدد زندگی افراد خانواده	قبلا خیلی تنها می‌ماند، تضمیم گرفتیم کمتر تنهاش بزاریم من و بابا و خواهش ساعتی بیرون رفتمنون باهم تنظیم کردیم که هر دفعه یکی با علیرضا بمنه که تنها نباشه.
تجدد زندگی افراد خانواده	قبلا هر روز باشگاه میرفتم و خودم تحریکای خونه رو انجام می‌داد ولی الان بیشتر تو خونه میمانم تو خونه ورزش میکنم و اکثر خردی‌امو اینترنتی انجام میدم.
تجدد زندگی افراد خانواده	یه زمانی ارتقای شغلی و درآمد بالا واسم خیلی مهم بود، خیلی تلاش میکردم و برای خانواده وقت نمی‌داشتم اما حالاً مهتمرین اولویت زندگیم خانواده و سلامتی اوینه است بعد شغلم.
تجدد زندگی افراد خانواده	من و همسرم اینقدر درگیر مسائل مالی و تامین هزینه بچه ها بودیم که کمتر به نیازهای روحيشون توجه داشتیم، ولی الان شادابی و نشاطشون واسم مهمترینه.
تجدد زندگی و تفکر خلاقانه	همیشه سعی می‌کردیم موقع بحران فکرای تازه امون رو عملی کنیم این کمک می‌کرد نالمید نیاشیم و کارهای ادامه بدیم.
تجدد زندگی و تفکر خلاقانه	ما به هم قول دادیم واسه خوب شدن حال بچمون تمام تلاشمون کنیم و جا نزینیم.
تجدد زندگی و تفکر خلاقانه	بچه هام میگن مامان ما کارهایم و هر کاری لازم باشه انجام میدیم تا خانواده‌مون مثل قل بشه، ما تسلیم نمیشیم.
تجدد زندگی و تفکر خلاقانه	مامانو خیلی دوست دارم در حد پرسش، وقتی مامان خونه است خیالم اسوده است.
تجدد زندگی و تفکر خلاقانه	با مامان مثل دوتا رفیقیم، وقتی که دوتایی باهم وقت میگذرانیم آرامش عجیبی دارم.
تجدد زندگی و تفکر خلاقانه	تو یه گروه کوهنوردی ثبت نام کردیم، وقتی که شرای مساعد کوه میریم و کلی انژی میگیریم.
تجدد زندگی و تفکر خلاقانه	صبح های جمعه همه خانواده زودتر بیدار میشیم و تو پارک محله با بقیه ورزش میکنیم.
تجدد زندگی و تفکر خلاقانه	مسجد محلمون واسه نوع روشهای چهزیه می‌کنند، ما تو فعالیتهای خیر خواهانه اش شرکت میکنیم و این خیلی حالمون خوب میکنند.
تجدد زندگی و تفکر خلاقانه	وقتی تو خونه دعوا یا مشکلی پیش میاد دور هم جمع میشیم با هم حرف می‌زنیم درحالیکه قبلاً اصلاً حرف زدنی نبود و معنایی برای حل مشکل نداشت.
تجدد زندگی و تفکر خلاقانه	قبل بیماری باهم حتی هفته‌ای یه بار هم دور یه میز شام نمیخوریم، الان خیلی وقتا باهم شام میخوریم و گپ میزنیم.
تجدد زندگی و تفکر خلاقانه	پدرش قبلاً فکر می‌کرد باید تو خونه اوضاعی از بالا بدست بگیره اما الان رابطش با بچه ها دوستانه تر شده قبلاً فکر میکرد هرجی میگه باید همان حتماً 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 انطباق پذیری خانواده با شرایط بحران حائز اهمیت است.

(نقش والدی و یا نقش فرزندی، 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 اعضاء، هماهنگی اعضاء خانواده جهت کاهش

جدول ۱ - ادامه

گزاره ها (جملات مهم)

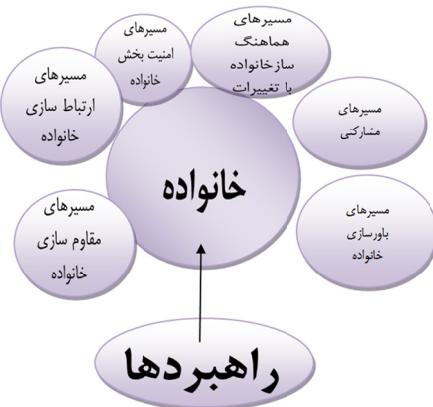
طیف های مفهومی

تمركز بر فرایند روابط صمیمانه و پشتیبانی عاطفی از یکدیگر	همسرم همیشه بابت صبر و تحملی که دارم تشویق میکنه و میگه قادران زحمتیهاي من و اسه اميرضا هست. وقتی اي که بيمارиш عود ميکرد دخترام بهم دلگرمي می داشد.
لحن کلام	همسرم همیشه آماده شيندن دغدغه ها و خستگی ها ميپند مثل يه کوه پشمته، آگه حمايههاش نبود من تاحالا کم آورده بودم، وقت اوضاع خونه متمنج می شد و بچه ها دعوا می کردند، همسرم سعی می کرد به جاي داد و فرياد با لحن آروم و با خونسردي با بچه ها صحبت کند.
کش ندادن مسائل حفظ روحیه صلح آميز	اهل این نيسنيم که موقع اختلافات مسائلو کش يديم،... اصلا ادامه نميديم.
پذيرش مسئليت و مراقبت از یکدیگر	تمام دعواهایی که داشتیم سر تقسیم اريشه..... از اتها صرف نظر كردیم و مصالحه كردیم.
تبادلات گرم اعضاي خانواده با هم	منو همسرم تا حالا مشکلی نداشتیم تو اين همه وقتی که زندگی كردیم هر جي من بگم اون میگه چشم، منم نسبت به همسرم همینظورم.
بهبود سیستم ارتباطی با خانواده گستردہ	وقتایي که حال زهرا بد می شدو اوضاع خونه بهم می ریخت همسرم هر جا که بود خودشو می رسوند و اوضاعو آروم می کرد.
مرaciت از نوجوان در برابر احساس نامنی	روزانیي که اميرضا ستری بود پسر بزرگم میگفت مامان خسته شدی ، بيشتر روزها او تو بيمارستان می ماند و پرستاري می کرد.
توجه به مخاطرات پيش روی خانواده با توجه به رفتار غير قابل پيش یيني نوجوان	من وقتی از سر کار یاریم خونه بچه هالمو حتما در آغاز میگیرم و با هرگزدمشون شوخی میکنم.
يادآوري تجارب سخت تر	شب حتی نیم ساعتم شده دور هم جمع میشم در مورد اتفاقاتی روزمره امون صحبت میکنم این قراری که ما با بچه ها گذاشتیم.
مقایسه شرایط خود با زندگی سایر خانواده های مشابه خود	روزای جمعه من و پسرم شام درست میکنیم و بقیه خانواده رو مهمنون میکنیم.
الگو گیری از آرامش مردگان و مادران شهید	خانواده همسرم رابطه اشون با هامون تزدیک تر شده، بيشتر خونمنو میان و به ما سر می زند.
نوجوان را امانت خدا دانستن	و وقتی بیانی تباز داشتم با یکی درد و دل کنم و اسه همین تو این مدت با خواهرم صمیمی تر شدم .
مشکل را فرucht یادگیری و رشد دیدن	هرچی اختلاف سر اريشه بود با خواهر و برادرام داشتیم تمام كردیم و باهم بيشتر معاشرت کردیم.
تمركز بر نقاط مثبت	آرامش وامنیت سعی کردیم به هر ترتیبی حفظ کنیم رفتم با مدرسه صحبت کردم که این بچه رو تو فشار نباید بندازید.
پذيرش قضا و قدر	من نازو نیازهای تینا رو میدونم خلی زود برطرفش میکنم و نمیدارم معطل بمونه «سعی میکنم بچم و به مرحله ای نرسنم که آرامشش بهم بریزه، این قراریه که با خودم گذاشتم.
وقتی از کارها رو مشخص کردیم که تو خونمن اتفاق نیافته تا زهرا رو به اون خسنه که باعث بعضی رفتارش می شد	تینا به تازگی با پسری دوست شده بود از آنجایی که میدونستم این رابطه دوام نمایه و ممکن بعدش تینا بهم بریزه یا سرخوشش بالای بیاره، سعی کردم با مشاوره رفتن این ارتباطو قطع کنم قبل اینکه اتفاق بدی بیفته.
وقتی با خانواده هایی که مشکلی مثل مشکل ما دارند صحبت میکنم غم و غصه هام یاد میره.	یه سری از کارها رو مشخص کردیم که تو خونمن اتفاق نیافته تا زهرا رو به اون خسنه که باعث بعضی رفتارش می شد
وقتی اولین بار روانپژشك مریضی پسرو تشخصیه کرد میبدیدم چقدر با صلاحت از شهادت فرزدشون صحبت می کنم.	ترسونه مثل قهر، سرزنش، دادوفریدو.... سعی کردیم به اون درجه از خشم نرسونیم که با خود خدایی نکرده اشتباھی کنه.
فرآيند مشاركت پذيری زمينه فعال سازی بسياري از روابط را فراهم می آورد و غنی سازی ارتباطات و انسجام بخشی اعضای خانواده با یکدیگر را موجب می شود. در شرایط بحران که پیچیدگی مسائل در درون	یاد روزی که پشت سر گذاشتیم میقتم ، یاد روزی که پدر و مادرم تو یه لحظه از دست دادم یادآوریشون منو مقاومت میکنه.
و بعضی وقتا خودمو قانع میکنم میگم خدا خواسته سروشست زندگیمون اينطور باشه.	من ده سالم بود که مادرم از دست دادم و همه مسئولیتهای خونه به دوش افداد سختی اون روزا منو محکم کرد.
من و خانم از خدا میخواهیم بکنم کند بتوانیم در ارتباط با بیماری بصورت بازیم، حتما حکمتی بوده که خدا این بیماری تو زندگیمون قرار داده.	مطلب روانپژشك میام و خانواده های مثل خودمو میبینم که با اميد پیگیر درمان بچه هاشون هستند میگم پس ما هم میتوونیم.

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

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 شغل طوری بود که با جسم سروکار داشتم از روح هیچ خبری نداشم و قتی روانپزشک در مورد ارتباط روح با جسم گفت تو خدم مطالعه کرد پذیرفتم.
در نظر گرفتن زمانی برای با هم بودن همراه بودن در کنار نوجوان	ما با هم قرار گذاشتیم شب ها بعد استراحت حتی نیم ساعتم شده کنار هم بنشینیم و در مورد انفاقات روزمون صحبت کنیم، وقتی که بی حالم بایام بهم امید میده وقتی حوصله نارم میشینه و با هام حرف میزنه که تو خوب میشی..... این به مشکل معمولیه .
مور و بازگویی خاطرات با هم ایجاد سرگرمی های خانگی	وقتی افسرده بودم یا حوصله نداشتیم یا بام میگفت لباس تو بپوش بريم باهم بچرخيم و اين حالم خوب می كرد. گاهی شده بود که دانشگاه نمی رفت..... یا کاري رو که شروع كرده بود وسطش رها می کرد و می گفت حوصله ندارم اصلا کاريش نداشت، میلوونستم این بهترین کار، خودش هر زمان بخواهد دوباره شروع میکنه. بعضی شب تنقلات میخریم و دور هم جمع میشیم، من و خانم از خاطرات کوکی خودمون وبچه ها صحبت می کنیم. يه شایی که بیکاریم پسرم فیلم دانلود میکنه و با هم تماسا میکنیم.
پرداختن به امور روزمره	روزای تعطیل من و پسرم و دخترمو باش هر کدوم به تیم میشیم و والیال بازی می کنیم. چون دخترم عاشق کیک و شکلاته و قتایی که حوصله میگیره با هم کیک میبینیم. کنار هم روزمونو میگذرؤونیم، پسرم میره دانشگاهو میاد، دخترم تو کار خونه کمک میکنه، همسرمن میره سرکار و خردای خونه رو انجام میده هیچوقت زندگیمون از جریان نیفتداد.



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

در رنج است (۱۸). در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان 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 اعضاء 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 بافت‌های 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 می‌رسد. نتایج این پژوهش با پژوهش آژیده (۱۷) همسو است که دریافتند شیوه‌های 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 اعضا خانواده کمک می‌کند. خانواده‌ای که نمی‌تواند اعضاش را به مشارکت فراخواند و از استعدادهای آنان خبر نداشته یا اعتمادی ندارد، نمی‌توانند همدیگر را تکمیل کنند. چنین خانواده‌ای از ناتوانی و انزوای اعضا 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, Bashardoust 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. Azhdeh 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

- 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.
- 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.
- Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor M. Pediatric bipolar disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44:846-871.
- Nastaran H, Zahra Sh, Vavad 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)
- Birmaher B, Axelson D. Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents: A review of the existing literature. *Dev Psychopathol.* 2006;18:1023-1035.
- 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)
- Ramírez A, Palacio JD, Vargas C, Díaz-Zuluaga AM, Duica K, Beruecos 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.*
- 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.
- 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.
- Chessick CA, Perlick DA, Miklowitz DJ, Kaczynski R, Allen MH, Morris CD, et al. Current