



Impairments in Communication and Function Patterns in Families of Adolescents with Bipolar Disorder¹

Farzaneh Tayarani Najaran

PhD Candidate in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: farzane.tayarani@gmail.com

Ali Mashhadi

Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. (Corresponding Author), Email: mashhadi@um.ac.ir

Imanolah Bigdeli

Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. Email: ibigdeli@um.ac.ir

Atefeh Soltanifar

Associate professor, Faculty of Psychiatry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Ira. Email: soltanifara@mums.ac.ir

Received: 2023-05-09

Revised: 2023-10-05

Accepted: 2024-03-04

Published: 2024-03-15

Citation: Tayarani-najaran, F., Mashhadi, A., Bigdeli, I., & Soltanifar, A. (2024). Impairments in Patterns of Communication and Functions in family of Adolescents with Bipolar Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 13(2), 21-40. doi: 10.22067/tpccp.2024.81679.1478

Abstract

Introduction:

The early appearance of bipolar disorder is debilitating. The disorder is characterized by periods of mood disorder (high mood or extreme irritability) and such difficulties as failure in social activities, education, and family issues. Bipolar disorders in children and teens have several causes. In this regard, many researches have mentioned families as sources. Many factors in families have close relationship with the behaviors of people with bipolar disorder. Almost all those with bipolar disorder have difficulties in maintaining their family relationships. Generally, family activities in families having children of this disorder are significantly weaker compared to the activities in normal families. This weakness received the attention of many researchers. Since the families activities are important in creating or continuing the disorder, the problematic issues should be identified to be considered in evaluating, intervening, and treating the patients. This study sought to see whether family activities and communication patterns of teens with bipolar disorder are different from those without the disorder. It tried to do this by conceptualizing the role of family activities among those people with bipolar disorder.

Method:

The population studied in this research consists of all adolescents with bipolar disorders. For having an easy access to the patients, the required evaluation was done in a psychiatric hospital. Accordingly, 52 adolescents aged 9 to 18 suffering from bipolar disorder who were under typical medical treatment were evaluated at Ibn Sina Psychiatric Hospital in Mashhad.

1. Extracted from PhD dissertation defended in psychology Department, Ferdowsi University of Mashhad



The diagnosis of bipolar disorder was first made by two psychiatrists. Then, to confirm the diagnosis, a semi-structured diagnostic interview of mood disorders and schizophrenia for children was used. Since the study is a causal-comparative, the adolescents with bipolar disorder were compared with adolescents without any psychiatric diagnosis. Receiving permission from the Education Organization of Mashhad, two high schools from District 5 were selected using purposeful sampling method. . After completing the consent form for participating in the research, the demographic information of both groups were checked by asking the participants. The data were then collected, using two questionnaires about family functioning and family communication patterns. Multivariate analysis of variance was applied using SPSS 26 for analyzing the data.

Findings:

The results of the multivariate analysis of variance showed that there is a significant difference between adolescents with and without bipolar disorder in at least one of the subscales of the dependent variables, which is a linear combination of the components of the Family Functioning Scale (problem-solving, communication, role playing, emotional companionship, emotional intercourse, behavior control, and overall performance). Moreover, the results showed that there is a significant difference between the two groups of adolescents with and without bipolar disorder in terms of scores of all components of family functioning ($p < 0.001$). The average scores of all components of family functioning (i.e., problem-solving, communication, role playing, emotional companionship, emotional intercourse, behavior control, and overall performance) for adolescents with bipolar disorder are significantly higher than the average scores of adolescents without the disorder. The average scores of communication pattern for adolescents with bipolar disorder are significantly lower and the average scores of the conformity pattern for these adolescents are significantly higher than the average scores of adolescents without the disorder ($p < 0.001$).

Discussion and conclusion:

This study tried to investigate family function of adolescents with bipolar disorder and compare them with the family activities of adolescents without the disorder. The results showed that there are many problems in the activities and communication among the family members of the investigated adolescents. The results showed that all components of family functioning (i.e., problem-solving, communication, role playing, emotional companionship, emotional intercourse, and behavior control) among the families of adolescents suffering from bipolar disorder have much higher scores, indicating malfunction. It can be concluded that those with bipolar disorder had significantly weaker family functioning compared to healthy ones. Family functioning is ineffective and requires attention and intervention. Moreover, the scores pertaining to the communication pattern among the patients' families showed a one-way communication between parents and children. The communication pattern forces adolescents to comply with orders, while the communication pattern among the adolescents without the disorder is a two-way pattern; meaning that parents pay attention to adolescents' opinions. It can be said that bipolar disorder among adolescents overlaps highly with general problems and impaired function in families.

Keywords: Bipolar Disorder, Adolescents, Family Functions, Communication Pattern

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

نارسایی‌های الگوهای ارتباطی و کنش‌وری خانواده نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی

فرزانه طیرانی نجاران

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. Farzane.tayarani@gmail.com

علی مشهدی

استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول). mashhadi@um.ac.ir

ایمان الله بیگدلی

استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ibigdeli@um.ac.ir

عاطفه سلطانی فر

دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. soltanifara@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۱۹	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۷/۱۳	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵
استناد: طیرانی نجاران، فرزانه؛ مشهدی، علی؛ بیگدلی، ایمان‌الله؛ سلطانی فر، عاطفه. (۱۴۰۲). نارسایی‌های الگوهای ارتباطی و کنش‌وری خانواده نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۴۰-۲۱. doi: 10.22067/tpccp.2024.81679.1478			

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی الگوهای ارتباطی و کنش‌وری‌های خانوادگی در نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی بود.

روش: مطالعه حاضر از نوع توصیفی و با روش علی مقایسه‌ای دو گروهی بود. جامعه آماری مطالعه حاضر کلیه نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی بودند. تعداد ۵۲ نوجوان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی بستری در بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینا مشهد از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۵۲ نوجوان داوطلب سالم نیز جهت مقایسه داده‌ها، مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها از طریق اجرای دو پرسش‌نامه‌ی عملکرد خانواده (FDA) و الگوهای ارتباطی خانواده (FCP) جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها، روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری مورد استفاده قرار گرفت. تمامی فرایندها تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری «SPSS 26» صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه نوجوانان (مبتلا به اختلال دو قطبی و سالم) در مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، عملکرد کلی) و مؤلفه‌های پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده (گفت و شنود، هم‌نوایی) تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). وجود کنش‌وری‌های خانوادگی مختل در اختلال خلقی دو قطبی نوجوانان باید به عنوان عاملی مهم در درمان و مداخلات مورد توجه ویژه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: اختلال خلقی دو قطبی، نوجوانان، کنش‌وری خانوادگی، الگوهای ارتباطی

مقدمه

بروز زود هنگام اختلال دوقطبی^۱ (BD) یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده است که مشخصه اصلی آن دوره‌های بی‌نظمی خلق (خلق بالا یا تحریک‌پذیری شدید) است و با نارسایی‌های بسیاری همچون نارسایی در کنش‌وری‌های اجتماعی، تحصیلی و خانوادگی همراه است (Mash & Wolfe., 2019). اختلال دوقطبی یک اختلال روان‌پزشکی مادام‌العمر و همراه با فراوانی دوره‌ای، همبودی و کاهش کنش‌وری زیاد است (Carvalho, Firth, & Vieta., 2020). اختلال دوقطبی، یکی از ۲۰ بیماری شدید روان‌پزشکی است که ناتوانی‌های زیادی را ایجاد می‌کند. نزدیک به ۶۵ درصد از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی قبل از ۱۸ سالگی و ۲۸ درصد قبل از ۱۳ سالگی مبتلا شده‌اند (Association., 2013). همان‌طور که گفته شد وجه مشخصه اختلال دوقطبی بروز دوره‌های شدیدی همراه با افسردگی است. علائم بیماران با بروز زود هنگام اختلال دوقطبی که به آن اختلال دوقطبی اطفال^۲ نیز گفته می‌شود، می‌تواند با همبودی بالا با سایر اختلال‌ها (افسردگی، اضطراب، اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی و ...) رخ دهد که باعث می‌شود تشخیص‌گذاری برای این اختلال در سنین پایین با دشواری‌هایی همراه باشد (Duffy et al., 2010; Goldstein & Birmaher., 2012). بیماران دوقطبی که شروع زود هنگام داشته‌اند در مقایسه با نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی، اختلال اضطرابی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۳ (ODD)، یا نوجوانان بدون هیچ سابقه روان‌پزشکی؛ در حیطه‌های روانی اجتماعی، جسمانی و هیجانی، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (Gomes et al., 2016). علاوه بر موارد ذکر شده مصرف مواد و وجود احتمال بسیار بالای خودکشی که با شروع زود هنگام اختلال دوقطبی همراه است، در بین بیماران وجود دارد (Wilcox et al., 2017). متأسفانه بیماران نوجوان مبتلا به اختلال دوقطبی کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به بیماران دیگر تجربه می‌کنند، که این موضوع با احتمال بالاتر خطر خودکشی همراه می‌شود (De Abreu et al., 2012).

اختلال‌های روان‌پزشکی کودک و نوجوان به عوامل متعدد و مرتبط است. در بررسی علل احتمالی اختلال دوقطبی کودک و نوجوان، پژوهش‌ها از وجود علل خانوادگی حمایت می‌کنند (Miklowitz, Schneck & Walshaw., 2017). از میان عوامل مربوط به خانواده و کنش‌های موجود در آن، چند توانایی اصلی بیشتر از همه مورد توجه قرار گرفته‌اند. در بررسی خانواده نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی پژوهش‌ها شامل دو حیطه می‌شوند. برخی مطالعات به بررسی علل خانوادگی تاثیرگذار بر پیدایش اختلال

1 Early onset of Bipolar disorder

2 Pediatric Bipolar Disorder

3 Oppositional defiant disorder

می‌پردازند و برخی نیز تاثیر وجود بیمار بر اعضای خانواده را مورد بررسی قرار می‌دهند. عوامل متعددی در خانواده بیماران وجود دارد که به طور خاص با رفتارهای بیماران دوقطبی مرتبط هستند (Shalev et al., 2019). تعارضات بالا در خانواده یکی از مواردی است که در کنش‌وری خانواده مطرح می‌شود (Geller et al., 2012; Sullivan et al., 2008). علاوه بر آن سازش‌پذیری پایین نیز در خانواده بیماران مبتلا به طور معنادار متفاوت از خانواده‌های با فرزند سالم دیده می‌شود (Algorta et al., 2017). مشکل دیگری که خانواده افراد مبتلا با آن درگیرند، پایین بودن عزت نفس است (Weinstein et al., 2018). ارتباط‌های بین فردی اعضای خانواده، با بی‌ارزش‌سازی خودشان تحت تاثیر قرار می‌گیرد. ناتوانی و نقص در مهارت‌های ارتباطی و همچنین نارسایی‌های مهارت‌های مقابله‌ای و نظم‌جویی هیجان‌ها از جمله مشکلاتی است که در خانواده مبتلایان دیده می‌شود (Miklowitz, Schneck., & Walshaw, 2017). پیشینه پژوهش‌ها نشان می‌دهد تنیدگی^۱ خانواده نقش بسیار مهمی در جریان اختلال دوقطبی دارد. عامل اصلی در میزان تنیدگی خانواده، میزان هیجان بروز داده شده آن‌هاست. بنظر می‌رسد میزان هیجان بروز داده شده در خانواده بیماران با احتمال حمله خلقی در نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی مرتبط است (Millman, Weintraub, & Siegel et al., 2015; Miklowitz, 2018). تقریباً تمامی بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی چالش‌هایی را در نگهداری روابط خانوادگی دارند. نارسا کنش‌وری‌های خانوادگی یکی از اصلی‌ترین کاستی‌ها در این اختلال است و ضعف در کنش‌وری خانواده با کاستی‌هایی در کنش‌وری روانی اجتماعی همراه است (MacPherson et al., 2018). کنش‌وری خانواده مشکلاتی در جذب شدن در اجتماع به همراه دارد که نمی‌توان از آن صرف نظر کرد (Guerrero-Jimenez, Gutierrez, & Cervilla., 2022).

پژوهش در مورد خانواده و کنش‌وری روانی اجتماعی در بیماری‌های روانی جدی علاقه زیادی را در سال‌های اخیر به خود جلب کرده است. بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی و خانواده‌هایشان مشخصه بروز هیجانی بسیار زیاد را همراه با فقدان وجود همبستگی بین اعضای خانواده و روابط بین فردی مختل نشان می‌دهند (West & Cosgrove., 2019). نتیجه این پژوهش‌ها بروی خانواده بیماران نشان می‌دهد که حمایت خانوادگی و اجتماعی درک شده از محیط بسیار پایین است و با مشکلاتی در ایجاد روابط بین فردی صمیمی همراه است. همبستگی بین کنش‌وری خانواده و کنش‌وری روانی اجتماعی احتمالاً دو سویه است. بهبود هر کدام از این کنش‌وری‌ها باعث بهبود دیگری می‌شود و ضعف در هر کدام، کنش‌وری دیگر را نیز با نقایصی همراه خواهد کرد (MacPherson et al., 2018). مداخلات کنش‌وری روانی اجتماعی در بهبود

تعارضات خانوادگی مفید واقع می‌شوند (O'Donnell et al., 2020). در پژوهشی با هدف بررسی میزان تنیدگی در والدین افراد مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی کودک و نوجوان، که به صورت مطالعه طولی سه سال به طول انجامید، ۶۲۱ کودک و نوجوان مبتلا با علائم مانیا شدید به همراه خانواده‌هایشان، با ۸۶ بیمار بدون علائم شدید مانیا مورد مقایسه قرار گرفتند. والدین گروه اصلی تنیدگی بالاتر، علائم خلقی بیشتر و تمایلات ضداجتماعی بیشتری از خود نشان دادند (Fristad, Wolfson, & Algorta., 2016). هرچه کمال‌گرایی والدین و کنترل‌گری در پیشرفت درسی کودک بیمار بیشتر باشد، میزان تنیدگی تجربه شده در خانواده بیشتر است و هرچه بهره‌مندی کودک یا نوجوان مبتلا بیشتر باشد، میزان تنیدگی تجربه شده والدین بیشتر خواهد بود؛ چراکه فرزندان باهوش در تعارضات خانوادگی نقش پررنگ‌تری دارند (Algorta et al., 2011).

کنان میلر و همکارانش در پژوهش خود نشان دادند که نظارت تمام وقت بر درمان فرزند بیمار، سیستم خانواده را به طور کلی تحت تاثیر قرار می‌دهد و می‌تواند منجر به بروز اضطراب در والدین شود (Keenan et al., 2012). در زمینه بررسی کنش‌های خانوادگی بیماران، مک فرسون و همکارانش تعداد ۱۱۶ خانواده دارای فرزند مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی کودک و نوجوان را با ۱۰۸ خانواده دارای فرزند سالم مورد مقایسه قرار دادند. مقایسه داده‌ها نشان داد کنش‌های خانوادگی بیماران به طور کلی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری ضعیف‌تر است (MacPherson et al., 2016). ضعف در کنش‌وری خانواده در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته است (Luo et al., 2020).

با توجه به نقش کنش‌وری‌های خانواده در ایجاد و تداوم اختلال، حیطه‌های دارای مشکل باید شناسایی شوند تا در ارزیابی، مداخله و درمان خانواده مورد توجه قرار گیرند. شواهد نشان می‌دهد که مداخلات روانی اجتماعی مبتنی بر خانواده می‌تواند به کاهش تعداد پذیرش در بیمارستان و کاهش خطر عود بیماری بیانجامد (West & Cosgrove., 2019).

کنش‌وری خانواده بر اساس الگوی مک مستر (MC Master, 1983) می‌تواند در شش بعد مورد بررسی قرار گیرد (Mohammadzade et al., 2019). حل مسئله توانایی خانواده در رفع مشکلات است. ارتباطات به تبادل اطلاعات میان اعضای خانواده اشاره داد که می‌تواند کلامی و یا غیر کلامی باشد. نقش‌ها الگوهای تکراری رفتار اعضا هستند. واکنش‌های عاطفی توانایی پاسخ به محرک‌ها با کیفیت و فراوانی مناسب هستند. آمیزش عاطفی مجموعه‌ای از فعالیت‌هاست که افراد علائق و ارزش‌ها را با یکدیگر در میان می‌گذارند. کنترل رفتار به روش مهار رفتار اعضای خانواده اشاره می‌کند که می‌تواند بانظم و منعطف و یا بی‌نظم و همراه با هرج و مرج باشد. هدف مطالعه‌ی حاضر این است که مشخص کند آیا کنش‌وری‌های خانوادگی

و الگوهای ارتباطی نوجوانان مبتلا به اختلال دو قطبی متفاوت از نوجوانان فاقد اختلال است و در پاسخ به این سوال، با مفهوم پردازی نقش عوامل خانوادگی در نوجوانان مبتلا به اختلال دو قطبی، حیطه‌های دارای مشکل را شناسایی کند تا در درمان این بیماران مورد توجه ویژه قرار گیرد.

روش

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی بودند. به دلیل سهولت دسترسی به بیماران، ارزیابی در بیمارستان روانپزشکی انجام شد. در نتیجه نمونه در دسترس بود. با حضور در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا مشهد در یک بازه زمانی، تمامی بیماران نوجوان مراجعه کننده در نظر گرفته شدند. با توجه به اینکه مطالعه علی مقایسه ای بود، بیماران نوجوان مبتلا به اختلال دو قطبی با نوجوانان بدون هیچ تشخیص روانپزشکی مورد مقایسه قرار گرفتند. بدین منظور ۵۲ نوجوان ۹ تا ۱۸ ساله با تشخیص روان-پزشکی اختلال خلقی دو قطبی انتخاب شدند. تشخیص اختلال خلقی دو قطبی ابتدا توسط دو روانپزشک انجام شد. سپس برای تایید تشخیص بیماران مبتلا از مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان (K-SADS) که یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته است، استفاده شد. با توجه به اینکه همکاری در پاسخ دهی به سوالات نیاز به ارتباط مناسب دارد، بیمارانی که به تازگی بستری شده و یا دارای علائم سایکوتیک بودند، به دلیل شدت علائم و نیاز به بررسی دارویی، تحت نظر قرار گرفتند تا پس از ثبات علائم شان در پژوهش وارد شوند. بدین ترتیب کلیه نوجوانان مبتلا به اختلال دو قطبی در دسترس که تحت درمان دارویی معمول^۱ قرار داشتند چه به صورت بستری و چه سرپایی مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت بررسی مقایسه‌ای، ۵۲ نوجوان بدون هیچ تشخیص روانپزشکی نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور ارزیابی نوجوانان فاقد اختلال، پس از مراجعه به آموزش و پرورش مشهد، دو دبیرستان در ناحیه ۵ انتخاب و به صورت در دسترس، اطلاعات جمع آوری شد. بدیهی است پس از تکمیل فرم رضایت شرکت در پژوهش، اطلاعات جمعیت شناختی هر دو گروه با استفاده از شرح حال گیری به طور کامل بررسی شد.

ابزارها

در این پژوهش برای دستیابی به اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان^۲: (K-SADS) یک

مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته است که برای ارزیابی دوره‌های کنونی و پیشین آسیب‌شناسی روانی

1 Treatment as usual

2 Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version

در کودکان و نوجوانان ساخته شده است ((Mohammadzade et al., 2019)). شهرپور و همکاران (Shahrivar et al., 2010) برای این مقیاس اعتبار و روایی متوسط تا خوب گزارش نموده‌اند. اختلال‌های دوقطبی در تشخیص‌های اولیه‌ای که به کمک پرسشنامه K-SADS مطرح می‌شود نیز وجود دارد. محمدزاده و همکاران (Mohammadzade et al., 2019) روایی این آزمون در همه گیرشناسی را بالاتر از ۷۵٪ عنوان کردند.

پرسش‌نامه عملکرد خانواده^۱: FAD یک پرسش‌نامه ۶۰ سوالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بر مبنای الگوی مک مستر تدوین شده است. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب^۲ با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است که توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خود گزارش‌دهی، مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. مولفه‌های مورد ارزیابی در این پرسشنامه عبارتند از: حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، عملکرد کلی. ابزار سنجش خانواده به منظور تمیز میان خانواده‌های سالم و بیمار، الگوهای تبدیلی میان اعضای خانواده را اندازه‌گیری می‌کند. این آزمون به گونه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که هر چه نمره خانواده بالاتر باشد خانواده ناسالم‌تر است و کارایی پایین‌تری دارد. روایی همزمان پرسش‌نامه با پرسشنامه ۶۰ آئیمی عملکرد خانواده انجام شده است. اعتبار با آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ ذکر شده است (Yousefi., 2012). اعتبار و روایی این ابزار پس از تهیه توسط اپشتاین و همکارانش با دامنه‌ی ضریب آلفای مجموعه‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ اعلام شد که نشان از همسانی درونی بالای آن دارد. در ایران نیز در پژوهش کرمی و همکاران (Karami et al., 2013) آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها به ترتیب حل مشکل ۰/۹۵، ارتباط ۰/۶۳، نقش‌ها ۰/۸۵، همراهی عاطفی ۰/۷۴، آمیزش عاطفی ۰/۷۲، کنترل رفتار ۰/۹۱ و عملکرد کلی ۰/۹۲ به دست آمد.

پرسش‌نامه الگوی ارتباطات خانواده^۳: که توسط ریچی و فیتزپاتریک^۴ در سال ۱۹۹۰ ارائه شد، یک پرسش‌نامه خودسنجی است که میزان موافقت یا عدم موافقت پاسخ‌دهنده را با ۲۶ گویه که درباره وضعیت ارتباطات خانواده وی هستند، در دامنه‌ای ۵ درجه‌ای، مورد سؤال قرار می‌دهد. نمره ۴ معادل «کاملاً موافقم» و نمره ۰ معادل «کاملاً مخالفم» است. این ابزار به ترتیب شامل خرده‌مقیاس جهت‌گیری گفت و شنود و خرده‌مقیاس جهت‌گیری هم‌نوایی است. کورش‌نیا و لطیفیان (Koroshnia & Latifian., 2008) روایی و پایایی ابزار

1 Family Assessment Device

2 Epstein, Baldwin, & Bishop,

3 Family Communication Patterns

4 Ritchie & Fitzpatrick

تجدید نظر شده الگوهای ارتباطات خانواده را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داده است که این ابزار از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار است و می‌تواند به عنوان ابزاری روا و معتبر در ایران به کار برده شود. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های جهت‌گیری گفت و شنود و جهت‌گیری هم‌نواپی به ترتیب برابر با ۰/۸۷ و ۰/۸۱ گزارش شده است. این مقیاس هر دو بعد را بر حسب سازه‌های نظری به خوبی می‌سنجد و از روایی محتوای خوبی دارد (Fitzpatrick., 2004). در این مطالعه آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس گفت و شنود ۰/۹۶ و برای خرده‌مقیاس هم‌نواپی ۰/۹۵ به دست آمد.

روش تحلیل

برای تحلیل داده‌های به دست آمده از طریق اجرای پرسش‌نامه‌ها، از روش‌های آماری مقایسه‌ی دو گروه مستقل استفاده شد. با توجه به اینکه متغیرهای مستقل مورد مطالعه دو گروه اصلی با خرده‌مقیاس‌های متفاوت بودند، روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری برای دو گروه مستقل مورد استفاده قرار گرفت. تمامی فرایندهای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری «SPSS 26» صورت گرفت.

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل ۱۰۴ نوجوان بود که ۵۲ نفر از آنان با ارزیابی چندبعدی (چک لیست تشخیصی اختلال دوقطبی کودک و نوجوان و مصاحبه بالینی) تشخیص اختلال دوقطبی دریافت کرده بودند و ۵۲ نفر در گروه غیر مبتلا قرار داشتند. این دو گروه از لحاظ جنسیت هم‌تا شده بودند. به طوری که در هر یک از گروه‌ها ۴۶ نفر دختر و ۶ نفر پسر حضور داشت. همچنین میانگین سنی دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به اختلال دوقطبی ۱۵ بود. برای ارزیابی کنش‌های خانوادگی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش از دو ابزار استفاده شد. علاوه بر بررسی عملکرد خانواده شرکت‌کنندگان، الگوهای ارتباطی نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. مقایسه عملکرد گروه‌ها در هر یک از ابزارها جداگانه و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری صورت گرفت. در این تحلیل‌ها، گروه (گروه مبتلا به اختلال دوقطبی و گروه غیر مبتلا) به عنوان متغیر مستقل، و نمرات نوجوانان در مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد خانواده و پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده به عنوان متغیرهای وابسته وارد مدل‌ها شدند. جدول ۱ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای پرسش‌نامه عملکرد خانواده را نشان می‌دهد.

جدول ۱: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای پرسشنامه عملکرد خانواده

نام آزمون	ارزش	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	مجذوراتا
اثر پیلاپی	۰/۷۳	۷	۹۶	۳۷/۷۴	۰/۷۳۳

نتایج نشان داد پیش فرض نرمال بودن داده‌ها و برابری واریانس‌ها برای این مولفه‌ها رعایت شده است. همچنین مقدار M-BOX برای بررسی پیش فرض نرمال بودن و پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/05$) (جدول ۲) و این به معنای عدم برقراری پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بود.

جدول ۲: M-BOX برای بررسی پیش فرض نرمال بودن و پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برای پرسشنامه عملکرد خانواده

مقدار M-BOX	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
۹۳/۴۹۹	۳/۰۹۵	۲۸	۳۶۲۵۳/۵۰۳	۰/۰۰۰

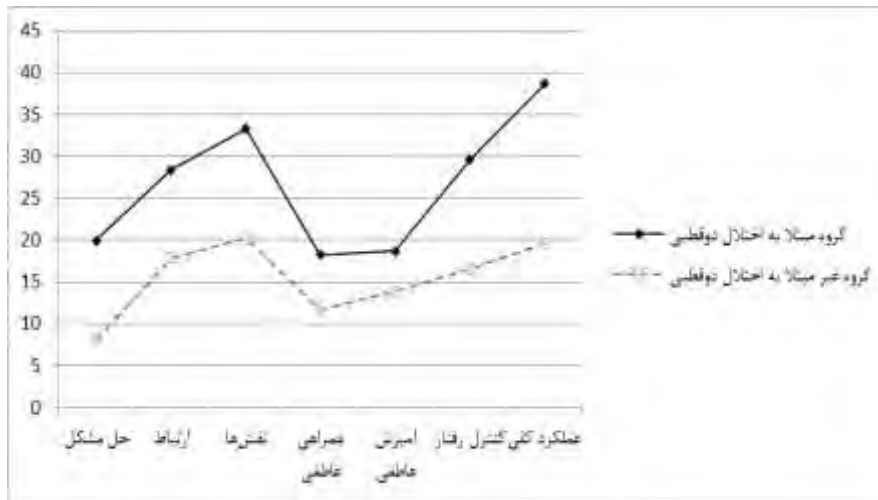
بنابراین از ارزش ویژه V اثر پیلایی برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۱ نشان می‌دهد، بین دو گروه نوجوانان مبتلا و غیر مبتلا به اختلال دوقطبی حداقل در یکی از خرده مقیاس‌های متغیر وابسته که از ترکیب خطی مؤلفه‌های پرسشنامه عملکرد خانواده (حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، عملکرد کلی) حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۳ به مقایسه اثرات بین آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه عملکرد خانواده می‌پردازد.

جدول ۳: نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها برای پرسشنامه عملکرد خانواده

شاخص منابع تغییرات	میانگین (انحراف معیار)		F	مجذور اتا
	گروه مبتلا به اختلال دوقطبی	گروه غیر مبتلا		
حل مشکل	۱۹/۹۸ (۴/۱۹)	۸/۱۷ (۳/۱۴)	۲۶۳/۲۷	۰/۷۲۱
ارتباط	۲۸/۳۸ (۵/۳۱)	۱۷/۸۲ (۵/۸۴)	۹۲/۹۰	۰/۴۷۷
نقش‌ها	۳۳/۲۸ (۵/۵۲)	۲۰/۱۹ (۶/۸۶)	۱۱۴/۸۹	۰/۵۳۰
همراهی عاطفی	۱۸/۲۱ (۳/۸۷)	۱۱/۷۱ (۴/۳۳)	۶۵/۰۹	۰/۳۹۰
آمیزش عاطفی	۱۸/۶۵ (۳/۶۳)	۱۳/۸۰ (۵/۰۷)	۳۱/۳۳	۰/۲۳۵
کنترل رفتار	۲۹/۵۹ (۵/۹۷)	۱۶/۴۸ (۵/۹۴)	۱۲۵/۹۶	۰/۵۵۳
عملکرد کلی	۳۸/۶۹ (۷/۰۸)	۱۹/۶۱ (۵/۹۷)	۲۲۰/۲۸	۰/۶۸۴

به منظور مقایسه دو گروه از جهت میانگین نمرات هر یک از مولفه‌های عملکرد خانواده، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نوجوانان دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال دوقطبی در نمرات هر هفت مولفه کنش‌وری خانواده تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$).

به جهت شفاف‌سازی این تفاوت‌ها، نتایج در قالب نمودار نیز ارائه شده است (شکل ۱).



شکل ۱: نمره کنش‌وری خانواده برای نوجوانان دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال دوقطبی

همان‌گونه که در شکل ۱ قابل مشاهده است، بر اساس اطلاعات مربوط به شاخص‌های توصیفی این مولفه‌ها در جدول ۲ این تفاوت‌ها به گونه‌ای است که میانگین نمرات تمامی مولفه‌های عملکرد خانواده یعنی حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، عملکرد کلی برای نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی به طور معناداری بیشتر از میانگین نمرات نوجوانان غیر مبتلا است. الگوهای ارتباطی خانواده نیز یکی دیگر از متغیرهای مورد مطالعه برای کنش‌وری خانواده بود. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای پرسش نامه عملکرد خانواده را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای پرسش‌نامه الگوهای ارتباطی خانواده

نام آزمون	ارزش	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	مجذور تا
اثر پیلاپی	۰/۵۴	۲	۱۰۱	۶۰/۱۵	۰/۵۴۴

نتایج نشان داد پیش فرض نرمال بودن داده‌ها و برابری واریانس‌ها برای این مولفه‌ها رعایت شده است. همچنین مقدار M-BOX برای پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/05$) (جدول ۵) و این به معنای عدم برقراری پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بود.

جدول ۵: آزمون M-BOX برای پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برای پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده

مقدار M-BOX	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
۲۰/۳۲۳	۶/۶۳۰	۳	۱۸۷۲۷۲۰	۰/۰۰۰

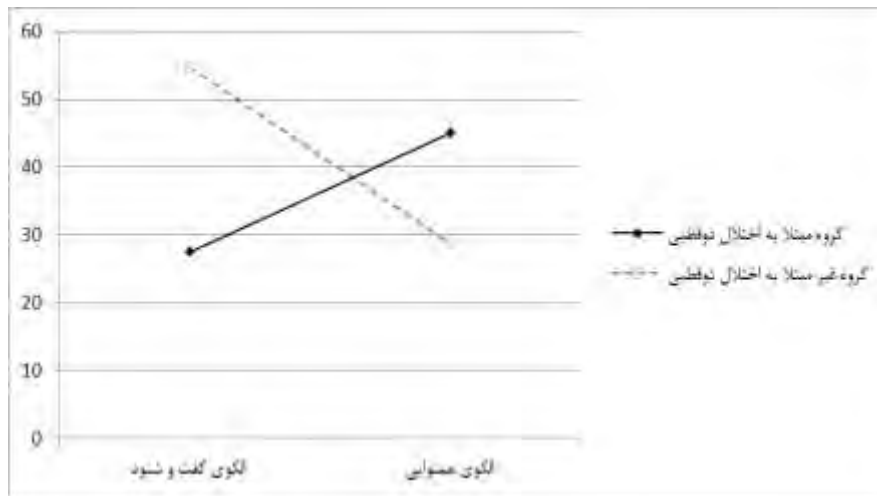
بنابراین از ارزش ویژه ۷ اثر پیلایی برای بررسی معناداری اثرهای چندمتغیری استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۳ نشان می‌دهد، بین دو گروه نوجوانان مبتلا و غیر مبتلا به اختلال دوقطبی در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی مؤلفه‌های پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده (گفت و شنود و همنوایی) به‌عنوان متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۶ به مقایسه اثرات بین آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه الگوهای ارتباطی خانواده می‌پردازد.

جدول ۶: نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها برای پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده

شاخص منابع تغییرات	میانگین (انحراف معیار)		F	مجذور اتا
	گروه مبتلا به دوقطبی	گروه غیر مبتلا		
الگوی گفت و شنود	۲۷/۴۸ (۱۱/۱۱)	۵۴/۶۵ (۱۴/۷۲)	۱۱۲/۸۵	۰/۵۲۵
الگوی همنوایی	۴۵/۰۱ (۹/۱۲)	۲۸/۶۹ (۱۱/۰۸)	۶۷/۱۹	۰/۳۹۷

به‌منظور مقایسه دو گروه از جهت میانگین نمرات هر یک از مولفه‌های الگوهای ارتباطی خانواده، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۶ نشان می‌دهد که بین نوجوانان دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال دوقطبی در نمرات هر دو مولفه الگوهای ارتباطی خانواده تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). به جهت شفاف‌سازی این تفاوت‌ها، این نتایج نیز در قالب نمودار نیز ارائه شده است (شکل ۲).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



شکل ۲: نیمرخ الگوهای ارتباطی خانواده برای نوجوانان دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال دوقطبی

با توجه به شکل ۲ و بر اساس اطلاعات مربوط به شاخص‌های توصیفی این مولفه‌ها در جدول ۶ این تفاوت‌ها به گونه‌ای است که میانگین نمرات الگوی گفت و شنود برای نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی به طور معناداری کمتر و میانگین نمرات الگوی هم‌نوایی برای این نوجوانان به طور معناداری بیشتر از میانگین نمرات نوجوانان غیر مبتلا است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی کنش‌وری‌های خانوادگی نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی و مقایسه آن با کنش‌وری‌های خانوادگی نوجوانان فاقد تشخیص روان‌پزشکی بود. نتایج نشان داد که مشکلات فراوانی در کنش‌وری و ارتباط خانواده نوجوانان مبتلا وجود دارد. داده‌ها حاکی از این بود که تمامی مولفه‌های عملکرد خانواده یعنی حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار در خانواده مبتلایان به اختلال خلقی دو قطبی نمرات بسیار بالاتری دارند که نشان از کنش‌وری ناسالم است. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی است که نارسا کنش‌وری‌های خانوادگی بیماران را تایید کرده‌اند (Miklowitz, Schneck., & Walshaw., 2017). همان‌گونه که در پژوهش مک فرسون و همکارانش (MacPherson et al., 2018) دیده می‌شود، کنش‌های خانوادگی بیماران در حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، و کنش‌های عاطفی، درگیری عاطفی، کنترل رفتار و کنش‌های کلی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بدتر است. داده‌ها نشان می‌دهند که کنش‌های خانوادگی بیماران در مقایسه با گروه

کنترل به طور معناداری ضعیف‌تر است.

یکی از نتایج این پژوهش، ضعف در حل مسئله در خانواده بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی است. حل مسئله یکی از مولفه‌های مهم در کنش‌وری خانواده است، که توانایی رفع مشکلات و چالش‌های ایجاد شده در زندگی است و عمدتاً توسط والدین انجام می‌شود. همان‌گونه که در پژوهش‌های گذشته دیده می‌شود، ضعف در رفع مشکلات موجود در خانواده بیماران، بیش‌تر از جمعیت عادی گزارش می‌شود (Algorta et al., 2017) و این خود باعث بروز مشکلات پیچیده‌تر می‌شود (Guerrero-Jimenez, & Gutierrez, & Cervilla., 2022). در پژوهش حاضر حل مسئله مختل در خانواده بیماران قابل مشاهده است. یکی دیگر از نتایج این مطالعه نارسایی در مهارت‌های ارتباطی است که در خانواده مبتلایان دیده می‌شود. این نتیجه نیز همسو با پژوهش‌های قبلی است (Millman, Weintraub, & Miklowitz, 2018; Siegel et al., 2015; West & Cosgrove., 2019). همان‌گونه که در علائم بیماری دیده می‌شود، نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی مشکلات فراوانی در ارتباط با دیگران به خصوص در دوره‌ی افسردگی از خود نشان می‌دهند. عدم توجه به نشانه‌های اجتماعی و استفاده از راه‌کارهای نادرست در برقراری ارتباط بین فردی در بیماران دیده می‌شود (Mash & Wolfe., 2019). طبق این داده‌ها می‌توان این ضعف را ناشی از وجود ضعف این مهارت در خانواده بیماران دانست. علاوه بر این، ارتباطات بین فردی پر از تیدگی و سطوح پایین‌تر انطباق‌پذیری و همبستگی در بین افراد خانواده بیماران قابل مشاهده است (Siegel et al., 2015). به همین دلیل است که بهبود تعارضات خانوادگی مفید واقع می‌شوند (O'Donnell et al., 2020). یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر، تفاوت معنادار مولفه نقش‌ها در کنش‌وری خانواده است. نقش‌ها که به انجام تعهدات افراد خانواده اشاره دارد و میزان درگیری و آمیزش عاطفی با فرزندان در نظر گرفته می‌شود، در خانواده بیماران با مشکلات قابل توجهی همراه است. افراد خانواده بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی؛ گرمی، عاطفه، صمیمیت، همبستگی، بیانگری و هیجان ابراز شده مثبت کمتری را نشان می‌دهند (Algorta et al., 2017). طبق پژوهش گلر و همکاران (Geller et al., 2008) بالا بودن انتقاد، خشونت و درگیری بیش از اندازه هیجانی و تعارضات خانوادگی بالا عوامل خطر برای عود مجدد هستند. همسو با پیشینه پژوهش‌ها در مطالعه حاضر نیز مولفه‌ی نقش‌ها در کنش‌وری خانواده بیماران مبتلا ضعیف‌تر است (Weinstein et al., 2018; Fristad et al., 2016).

مولفه‌ی دیگر مورد بررسی در این پژوهش کنترل رفتار بود که به نحوه حفظ انتظارات اعضای خانواده از یکدیگر اشاره دارد. تعجب آور نیست که کودکان و نوجوانان نسبت به بزرگسالان در خانواده‌ها به مراقبت

بیشتری نیاز دارند و کنترل رفتار بدتر ممکن است باعث افزایش احتمال پرخاشگری خانواده شود. این نیز به نوبه خود احتمال بروز مشکلات هیجانی در کودکان را افزایش می‌دهد (Shalev et al., 2019). تفاوت قابل توجه در کنترل رفتار بین بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی و افراد سالم با تحقیق دو همخوانی ندارد. ممکن است این تفاوت به شرکت کنندگان و اندازه‌گیری‌های مختلف مرتبط باشد (Dou et al., 2021).

به طور کلی می‌توان گفت که بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی در مقایسه با افراد سالم کنش‌وری خانوادگی ضعیف‌تر قابل توجهی داشتند. کنش‌وری خانواده آشکارا ناکارآمد هستند، که نیاز به توجه در اجرای مداخلات دارد. این نتایج تاییدکننده پژوهش‌های پیشین است (Luo et al., 2020; MacPherson et al., 2016). عوامل متعددی در خانواده بیماران وجود دارد که به طور خاص با رفتارهای بیماران اختلال خلقی دو قطبی مرتبط هستند. تعارضات بالا در خانواده یکی از مواردی است که در کنش‌وری خانواده مطرح می‌شود. علاوه بر آن سازش‌پذیری پایین خانواده (Algorta et al., 2011)، نیز در خانواده بیماران مبتلا به طور معنادار متفاوت از خانواده‌های با فرزند سالم دیده می‌شود و این نتایج در پژوهش حاضر مورد تایید قرار گرفته‌اند. ناتوانی و نقص در مهارت‌های ارتباطی و همچنین نارسایی‌های مهارت‌های مقابله‌ای (Brigde, Goldstirn, & Brent., 2006) از جمله مشکلاتی است که در خانواده مبتلایان دیده می‌شود. از میان عوامل مربوط به خانواده و کنش‌های موجود در آن، چند توانایی اصلی بیشتر از همه مورد توجه قرار گرفته‌اند. کنش‌های خانوادگی بیماران در حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، واکنش‌های عاطفی، درگیری عاطفی، کنترل رفتار و کنش‌های کلی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بدتر است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خانواده افراد مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی کودک و نوجوان سطوح بالاتر تعارض، کنترل-گری، پرخاشگری، درگیری، تنبیه اجباری، تنش، تنیدگی و هیجان ابراز شده منفی را از خود نشان می‌دهند. در همین حال گرمی، عاطفه، صمیمیت، همبستگی، بیانگری و هیجان ابراز شده مثبت کمتری را نشان می‌دهند (Algorta et al., 2017; Reinares et al., 2016). طبق پیشینه پژوهش‌ها اختلال خلقی دو قطبی در خانواده ریشه دارد. مطالعه دوراچر (Du Rocher, 2018) نشان می‌دهد که کاستی در حل مسئله و ارتباطات پیش‌بینی‌کننده تعارضات خانوادگی است که به نوبه خود اختلال دو قطبی دوران کودکی را پیش‌بینی می‌کند (به نقل از Mash & Wolfe., 2019). وجود چنین مشکلاتی در خانواده می‌تواند نوجوان را به بروز دوره‌های بی‌نظمی خلق (تحریک‌پذیری شدید) و نقص در کنش‌وری‌های اجتماعی و تحصیلی که مشخصه اختلال خلقی دو قطبی است، سوق دهد. خانواده اولین محیطی است که فرد در آن تحول می‌یابد. وجود مشکلات فراوان در کنش‌وری خانواده، در تطابق فرد با محیط اجتماعی خدشه وارد می‌کند و مشکلاتی که

نوجوانان مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی نشان می‌دهند، می‌تواند نمودی از این نارسانکشی‌وری‌ها باشد. علاوه بر این، نمرات کسب شده در الگوی گفت و شنود در خانواده بیماران نشان از سبک ارتباطی یک طرفه والدین دارد که نوجوانان را برای هم‌نوایی با دستورات تحت فشار قرار می‌دهد در حالی که در نوجوانان فاقد تشخیص روان پزشکی، الگوی گفت و شنود و هم‌نوایی، از تعامل دو طرفه و توجه والدین به نظرات نوجوان خبر می‌دهد. وجود تعامل یک طرفه و فشار بر فرزندان برای هم‌نوایی با والدین، باعث افزایش تنش در خانواده می‌شود. این خود یکی از عوامل ایجاد کننده تعارض در روابط نوجوان با والدین است. همانگونه که پژوهش‌ها نشان می‌دهند تعارضات بالا از ویژگی‌های بررسی شده در کنش‌وری خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی است (Geller et al., 2008; Sullivan et al., 2012). همسو با نتایج به دست آمده، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خانواده افراد مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی کودک و نوجوان سطوح بالاتر تعارض، کنترل گری، پرخاشگری، درگیری، تنبیه اجباری، تنش، تندیگی و هیجان ابراز شده منفی را از خود نشان می‌دهند (Algorta et al., 2017). این علائم مربوط به خانواده، وابسته به بروز و سیر بدتر اختلال در نوجوانان است. ترکیب این عوامل می‌تواند سبب تجربه‌ی کیفیت پایین‌تر در زندگی نوجوانان باشند (Gomes et al., 2016). به طور کلی می‌توان گفت که اختلال خلقی دو قطبی در کودک و نوجوانان همپوشی بالایی با وجود مشکلات کلی در خانواده دارد. کنش‌وری‌های خانواده آشکارا ناکارآمد هستند و نیاز به توجه ویژه در درمان ضروری به نظر می‌رسد.

بدیهی است کنش‌وری خانواده یکی از مولفه‌های اساسی در تشخیص و درمان اختلال است. همان‌طور که میکلوویتز و همکاران (Miklowitz, Peris, & Lord., 2020) می‌نویسند، حضور والدین در درمان و آگاهی آن‌ها از شرایط یکی از اصلی‌ترین نکات درمانی است. فرآیند درگیری خانواده در درمان باید شامل ارائه اطلاعات در مورد بیماری، بررسی پاسخ‌ها و تفسیرهای فردی و فراهم کردن مهارت‌های حل مسئله و حل-مشکل، ارتباط درست و شکل‌گیری نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی در برقراری ارتباط، کنترل رفتار و کمک به خانواده در حل تعارض باشد. در نتیجه انتظار می‌رود با مداخله زود هنگام و مناسب، کنش‌وری خانواده دستخوش تغییر شود که این خود نیز باعث بهبود علائم بیمار خواهد شد. هدف قرار دادن کودک یا نوجوان به تنهایی نمی‌تواند تاثیر معناداری در تغییر علائم اختلال دو قطبی ایجاد کند و تنها ممکن است به کاهش اضطراب کمک کنند. چرا که متغیر خانواده و والدین بر نتایج درمان روانی اجتماعی کودکان و نوجوانان مبتلا تاثیر بسیار مهمی دارد (Weinstein et al., 2018). توجه به نتایج، ارزیابی جامع خانواده با تاکید بر مولفه‌های ذکر شده و به تبع آن آموزش آن‌ها باید در خانواده بیماران مبتلا به اختلال انجام شود.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر با بررسی نوجوانان بستری در بیمارستان روان‌پزشکی انجام شده است، نمی‌تواند نمونه کاملی از تمام بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی باشد و بدیهی است این محدودیت می‌تواند در تمایل به وخیم‌تر نشان دادن کنش‌وری‌ها نقش داشته باشد. هرچند می‌تواند منجر به توجه ویژه به این مولفه مهم و در نظر گرفتن آن در درمان اختلال باشد. نمونه بزرگتری که تمام بیماران سرپایی و بستری در جامعه را در نظر بگیرد به شیوه بهتری مشکلات را نشان خواهد داد. این مطالعه بخشی از نتایج رساله مصوب در دانشگاه فردوسی مشهد، با توجه به تفاهم نامه با دانشگاه علوم پزشکی مشهد و با شناسه اخلاق IR.UM.REC.1399.138 می‌باشد. بدین وسیله از تمامی بیماران و خانواده‌هایی که در این مطالعه همکاری داشتند و همچنین روان‌شناس و کادر پرستاری بیمارستان ابن سینا مشهد کمال تشکر را داریم.



References

- Algorta, G. P., MacPherson, H. A., Youngstrom, E. A., Belt, C., Arnold, L., Frazier, T. W., Taylor, H. G., Birmaher, B., Horwitz, S., Findling, R., & Fristad, M. A. (2017). Parenting Stress Among Caregivers of Children With Bipolar Spectrum Disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. <https://doi.org/DOI:10.1080/15374416.2017.1280805>
- Algorta, G. P., Youngstrom, E. A., Frazier, T. W., Freeman, A. J., Youngstrom, J. K., & Findling, R. L. (2011). Suicidality in pediatric bipolar disorder :predictor or outcome of family processes and mixed mood presentation? *Bipolar Disord*, *13*(1), 76-86. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00886.x>
- Association, A. p. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed)*.
- Brigde, J. A., Goldstirn, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 372-394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar Disorder. *N Engl J Med*, *383*(1), 58-66. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1906193>
- De Abreu, L. N., Nery, F. G., Harkavy-Friedman, J. M., de Almeida, K. M., Gomes, B. C., Oquendo, M. A., & Lafer, B. (2012). Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type I. *Compr Psychiatry*, *53*(2), 125-129. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.03.003>
- Dou, W., Yu, X., Fang, H., Lu, D., Cai, L., Zhu, C., Zong, K., Zheng, Y., & Lin, X. (2021). Family and Psychosocial Functioning in Bipolar Disorder: The Mediating Effects of Social Support, Resilience and Suicidal Ideation. *Front Psychol*, *12*, 807546. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.807546>
- Duffy, A., Alda, M., Hajek, T., Sherry, S. B., & Grof, P. (2010). Early stages in the development of bipolar disorder. *J Affect Disord*, *121*(1-2), 127-135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.022>
- Fristad, M. A., Wolfson, H., & Algorta, G. P. (2016). Disruptive mood dysregulation disorder and bipolar disorder not otherwise specified: fraternal or identical twins? . *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacol*, *26*, 138-146. DOI: 10.1089/cap.2015.0062
- Geller, B., Tillman, R., Bolhofner, K., & Zimmerman, B. (2008). Child bipolar I disorder: prospective continuity with adult bipolar I disorder; characteristics of second and third episodes; predictors of 8-year outcome. *Arch Gen Psychiatry*, *65*(10), 1125-1133. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.10.1125>
- Goldstein, B. I., & Birmaher, B. (2012). Prevalence, clinical presentation and differential diagnosis of pediatric bipolar disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, *49*(1), 3-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22652925>
- Gomes, B. C., Kleinman, A., Carvalho, A. F., Pereira, T. C., Gurgel, A. P., Lafer, B., Busatto, G. F., Caetano, S. C., & de Almeida Rocca, C. C. (2016). Quality of life in youth with bipolar disorder and unaffected offspring of parents with bipolar disorder. *J Affect Disord*, *202*, 53-57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.041>
- Guerrero-Jimenez, M., Gutierrez, B., & Cervilla, J. A. (2022). Psychotic symptoms associate inversely with social support, social autonomy and psychosocial functioning: A community-based study. *Int J Soc Psychiatry*, *68*(4), 898-907. <https://doi.org/10.1177/00207640211011198>
- Keenan-Miller, D., Peris, T., Axelson, D., Kowatch, R. A., & Miklowitz, D. J. (2012). Family

- functioning, social impairment, and symptoms among adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(10), 1085-1094. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.005>
- Koroshnia, M., & Latifian, M. (2008). An Investigation on Validity and Reliability of Revised Family Communication Patterns Instrument. *Journal of Family Research*, 3(4), 855-875. <https://sid.ir/paper/122282/en>. (In Persian)
- Luo, X., Zhu, Y., Lu, D., Zong, K., & Lin, X. (2020). Subjective cognitive dysfunction in patients with bipolar disorder: The prevalence, related factors and effects on predicting psychosocial functioning and suicidal ideation. *Psychiatry Res*, 284, 112669. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112669>
- MacPherson, H. A., Ruggieri, A. L., Christensen, R. E., Schettini, E., Kim, K. L., Thomas, S. A & , Dickstein, D. P. (2018). Developmental evaluation of family functioning deficits in youths and young adults with childhood-onset bipolar disorder. *J Affect Disord*, 235, 574-582. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.078>
- MacPherson, H. A., Weinstein, S. M., Henry, D. B., & West, A. E. (2016). Mediators in the randomized trial of Child- and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for pediatric bipolar disorder. *Behav Res Ther*, 85, 60-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.014>
- Miklowitz, D. J., Peris, T. S., & Lord, C. (2020). Helping Families to Understand and Cope With Psychiatric Disorders in Childhood-Beyond Basic Facts. *JAMA Psychiatry*, 77(4), 433-434. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4812>
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., & Walshaw, P. D. (2017). Early intervention for youth at high risk for bipolar disorder: A multisite randomized trial of family-focused treatment. *Early Intervention in Psychiatry*, 0, 1-9. <https://doi.org/10.1111/eip.12463>
- Millman, Z. B., Weintraub, M. J., & Miklowitz, D. J. (2018). Expressed emotion, emotional distress, and individual and familial history of affective disorder among parents of adolescents with bipolar disorder. *Psychiatry Res*, 270, 656-660. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.054>
- Mohammadzade, S., Mohammadi, M. R., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Tahazade, s., Yousefi, F., Maleki, B., & hamidi, s. (2019). Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents 6 -18 yearsold in Kurdistan province in 2016 [Original Research]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 23(6), 115-127. <https://doi.org/10.52547/sjku.23.6.115> (In Persian)
- O'Donnell, L. A., Weintraub, M. J., Ellis, A. J., Axelson, D. A., Kowatch, R. A., Schneck, C. D., & Miklowitz, D. J. (2020). (A Randomized Comparison of Two Psychosocial Interventions on Family Functioning in Adolescents with Bipolar Disorder. *Fam Process*, 59(2), 376-389. <https://doi.org/10.1111/famp.12521>
- Reinares, M., Bonnín, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Colom, F., Sole, B., Jimenez, E., Torrent, C., Comes, M., Martínez-Aran, A., Sánchez-Moreno, J., & Vieta, E. (2016). Family functioning in bipolar disorder: characteristics, congruity between patients and relatives, and clinical correlates. *Psychiatry Res*, 245, 66-73. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.010>
- Shahrivar, Z., Kousha, M., Moallemi, S., Tehrani-Doost, M., & Alaghband-Rad, J. (2010). The Reliability and Validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present and Life-time Version - Persian Version. *Child Adolesc Ment Health*, 15(2. 97-102) <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00518.x> (In Persian)

- Shalev, A., Merranko, J., Goldstein, T., Miklowitz, D. J., Axelson, D., Goldstein, B. I., Brent, D., Monk, K., Hickey, M. B., Hafeman, D. M., Sakolsky, D., Diler, R., & Birmaher, B. (2019). A Longitudinal Study of Family Functioning in Offspring of Parents Diagnosed With Bipolar Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 58(10), 961-970. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.011>
- Siegel, R. S., Hoepfner, B., Yen, S., Stout, R. L., Weinstock, L. M., Hower, H. M., Birmaher, B., Goldstein, T. R., Goldstein, B. I., Hunt, J. I., Strober, M., Axelson, D. A., Gill, M. K., & Keller, M. B. (2015). Longitudinal Associations Between Interpersonal Relationship Functioning and Mood Episode Severity in Youth With Bipolar Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(3). https://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2015/03000/Longitudinal_Associations_Between_Interpersonal.8.aspx
- Sullivan, A. E., Judd, C. M., Axelson, D. A., & Miklowitz, D. J. (2012). (Family functioning and the course of adolescent bipolar disorder. *Behav Ther*, 43(4), 837-847. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.005>
- Weinstein, S. M., Cruz, R. A., Isaia, A. R., Peters, A. T., & West, A. E. (2018). Child- and Family-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder: Applications for Suicide Prevention. *Suicide Life Threat Behav*, 48(6), 797-811. <https://doi.org/10.1111/sltb.12416>
- West, A. E., & Cosgrove, V. E. (2019). Editorial: The Impact of Parental Psychopathology on Family Functioning: Prioritizing Transdiagnostic Interventions With Parents and Families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 58(10), 940-942. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.005>
- Wilcox, H. C., Fullerton, J. M., Glowinski, A. L., Benke, K., Kamali, M., Hulvershorn, L. A., Stapp, E. K., Edenberg, H. J., Roberts, G. M. P., Ghaziuddin, N., Fisher, C., Brucksch, C., Frankland, A., Toma, C., Shaw, A. D., Kastelic, E., Miller, L., McInnis, M. G., Mitchell, P. B., & Nurnberger, J. I., Jr. (2017). (Traumatic Stress Interacts With Bipolar Disorder Genetic Risk to Increase Risk for Suicide Attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 56(12), 1073-1080. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.428>
- Yousefi, N. (2012). An Investigation of the Psychometric Properties of the McMaster Clinical Rating Scale (MCRS). *Quarterly of Educational Measurement*, 2(17), 91-120. https://jem.atu.ac.ir/article_5626.html?lang=en (In Persian)