

اثربخشی مداخله خانواده‌مدار با استفاده از فضای مجازی بر تکانشگری در مبتلایان به اختلال دوقطبی

الهام عبدی^۱، اسحاق رحیمیان بوگر^۲، نیلا علمی منش^۳
و راهب قربانی^۴

اختلال دوقطبی یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روانی است. مشخصه اصلی این اختلال دوره‌های تکرار شونده شیدایی و افسردگی است. تکرار این دوره‌ها بر حیطه‌های مختلف زندگی از جمله شناخت، هیجان، روابط و عملکرد زندگی تاثیر نامطلوب می‌گذارد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مداخله خانواده‌مدار با استفاده از فضای مجازی بر تکانشگری در مبتلایان به اختلال دوقطبی بود. برای این منظور طی یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی به همراه اعضای خانواده آنها را انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. آزمودنی‌ها قبل، بعد و دو ماه بعد از اتمام پژوهش از نظر تکانشگری مورد آزمون قرار گرفتند. مداخله خانواده‌مدار مبتنی بر رویکرد میکلوویتز با استفاده از فضای مجازی برای گروه آزمایش اجرا شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد مداخله خانواده‌مدار مبتنی بر رویکرد میکلوویتز با استفاده از فضای مجازی در نمرات تکانشگری گروه آزمایش موثر است. در نتیجه می‌توان گفت مداخله خانواده‌مدار با رویکرد میکلوویتز می‌تواند در بهبود تکانشگری در مبتلایان به اختلال دوقطبی موثر باشد.

کلیدواژه‌ها: مداخله خانواده‌مدار مبتنی بر رویکرد میکلوویتز، تکانشگری، اختلال دوقطبی

مقدمه

اختلال دوقطبی یک اختلال مزمن خلقی است که با دوره‌های شیدایی یا هیپومانیک، همزمان با دوره‌های افسردگی مشخص می‌شود (میلر و بلک، ۲۰۲۰). میانگین سن شروع اختلال دوقطبی حدوداً در اوایل ۲۰ سالگی است و با هر چرخش دوره خلق و خوی، تمایل به افزایش شدت علائم

۱. دپارتمان روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

۲. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، مهدیشهر، سمنان، ایران (نویسنده مسول) i_rahimian@semnan.ac.ir

۳. دپارتمان روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۴. دپارتمان اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

و دوره ها و همچنین افزایش خطر عود در بیماران وجود دارد. برای تشخیص اختلال دوقطبی نوعی ۱ (شدیدترین شکل آن) فرد لازم است حداقل یک دوره شیدایی را تجربه کند، که به طور معمول با کاهش نیاز به خواب، سریع فکر کردن، عمل خود به خودی بدون فکر و سایر علائم مشخص می شود (فریس، زامزو، آندرس و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین براساس مطالعات قبلی این اختلال توأم با نقایص شناختی مانند نقص در حافظه کلامی و غیرکلامی، حافظه دیداری، توجه، حافظه فعال و سرعت پردازش می باشد و شواهد نشان می دهند که این نقایص حتی بعد از بهبود بیماری ادامه میابند. این اختلال بر فرایند فکر، احساس و ذهن افراد تأثیر میگذارد و میتواند مهارتهای جسمی، اجتماعی، رفتاری، عملکرد حرفهای و سازگاری فرد با محیط اطراف را دچار مشکل سازد (آپاراکیو، سانتوس، لویز و همکاران، ۲۰۱۷).

پرخاشگری، یکی از کلیدی ترین نمایه های بالینی مرتبط با اختلال دو قطبی است (روبرت، کانالز، هازل و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج مطالعه ای در ایالات متحده آمریکا بر روی ۳۸۰۰ نفر از افراد دارای اختلالات روانپزشکی، نشان داد که نیمی از این افراد دارای درجاتی از خشم در سطوح متوسط تا شدید بوده اند و ۲۰ درصد از آنان، پرخاشگری را در سطوح متوسط تا شدید تجربه می نمایند (جنووس، دالریمل و چلمینسکی و همکاران، ۲۰۱۷). در واقع، افراد در دوره های شیدایی دارای خلق تحریک پذیر، بی ثباتی عاطفی، حواس پرتی، بی قراری روانی حرکتی و پرخاشگری می باشند. هرگاه پرخاشگری افراد دارای اختلالات دو قطبی مدیریت شود، بهتر می توانند از مکانیزم های دفاعی برای مقابله با اضطراب خود استفاده نموده و خلق مضطرب و افسرده را نیز کمتر تجربه کنند (ریچ، گیلبرت، کلاری و همکاران، ۲۰۱۹).

به منظور پیشگیری از آسیب وارده به خود، کارکنان مراقبتی و سایر بیماران، باید پرخاشگری در افراد دارای اختلالات دو قطبی، مدیریت گردد. آزمایشات بالینی بر روی بزرگسالان و نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی نشان داده است که دارو درمانی همراه با خانواده درمانی شامل روان درمانی، آموزش مهارت های ارتباطی و آموزش مهارت های حل مساله برای بیماران و اعضای خانواده، با کاهش بیشتر شدت علائم خلقی و عود در آنها همراه است (میکلوویتز، شنک، والش و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش ها نشان داده است در طی یک دوره تشدید خلق و خوی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ممکن است از شدت و عود دوره های خلقی در بین افراد با آسیب پذیری بالینی و خانوادگی مبتلا به اختلال دوقطبی بکاهد (میکلوویتز، مرانکو، وین تراب و همکاران، ۲۰۲۰). درمان متمرکز بر خانواده با بهبود ارتباط سازنده و کاهش رفتارهای تعارضی در هنگام

تعاملات خانوادگی در میان افراد مبتلا به اختلال دو قطبی در معرض خطر بالینی همراه بوده است (اودونل، وین تراب، الیس و همکاران، ۲۰۲۰). این درمان شامل جلسات پیوسته آموزش روان‌شناسی در مورد بیماری دو قطبی، آموزش تقویت ارتباط و آموزش مهارت‌های حل مساله است. این مداخله به آموزش مهارت‌هایی مانند ابراز احساسات مثبت، گوش دادن فعال، بیان خواسته‌ها به شیوه مثبت، ارتباط شفاف و بیان احساسات منفی در مورد رفتارهای خاص ناسازگارانه توجه ویژه دارد (میکلوویتز و چانک، ۲۰۱۶).

در پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوالات بودیم که آیا ارایه مداخله متمرکز بر خانواده با ترکیبی از مراجعه حضوری و استفاده از امکانات فضای مجازی مانند اینترنت می‌تواند بر تکانشگری بیماری دو قطبی تاثیر داشته و آن‌ها را بهبود ببخشد و آیا تاثیرات پس از گذشت مدتی ماندگار خواهند بود؟

روش

این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل مبتلایان به اختلال دو قطبی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی در سال ۲۰۱۹ و خانواده آنها بودند که حداقل یک دوره سابقه بستری در بیمارستان داشته و پس از ترخیص از سال ۲۰۱۸-۲۰۱۹ در شهر تهران جهت ادامه درمان به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ارجاع داده شده بودند. از این جامعه، ۳۰ بیمار به همراه خانواده به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب از طریق انتخاب تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود پژوهش شامل استفاده از دارو درمانی به دلیل ابتلا به اختلال دو قطبی به مدت حداقل ۶ ماه، قرار داشتن بیمار در گروه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال، آشنایی به استفاده از کامپیوتر و شبکه‌های مجازی و ملاک‌های خروج داشتن ناتوانی‌های جسمی، بی‌سوادی، عدم آشنایی با کامپیوتر بود. آزمودنیها، قبل از جلسات درمانی، بعد از اتمام و ۲ ماه بعد از اتمام با پرسشنامه تکانشگری بارت^۱ مورد آزمون قرار گرفتند

پرسشنامه تکانشگری بارت BIS-11 که توسط بارت، کنت، استنفورد و فلوتوس ساخته شده است (استنفورد، ماتیس، دوغرتی و همکاران، ۲۰۰۹) پرسشنامه‌ای از نوع خودگزارش دهی است

^۱ Barratt Impulsiveness scale (BIS-11)

که در طیف لیکرت ۴ درجه ای (به ندرت تا تقریباً همیشه) است. تکانشگری در ۳ عامل تشکیل دهنده شامل تکانشگری بی برنامه ریزی (شامل جهت یابی آتی، فقدان آینده نگری)، تکانشگری حرکتی (عمل کردن بدون فکر) و تکانشگری شناختی (تصمیم های شناختی سریع) را می سنجد. این پرسشنامه در ابتدا ۳۰ ماده داشته است اما در ویرایش بعدی ۵ ماده حذف شد. استنفورد و همکاران در سال ۲۰۰۹ پایایی کل آزمون را ۰/۸۳ گزارش دادند. پایایی عدم برنامه ریزی را ۰/۷۳ و تکانشگری حرکتی را ۰/۷۴ و تکانشگری شناختی را ۰/۷۴ بدست آوردند و ارزیابی به مقدار مناسبی ارزیابی شد. در ایران اختیاری، صفایی، اسماعیلی جاوید و همکاران (۲۰۰۸) روایی آزمون مناسبی را به دست آوردند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون برابر ۰/۸۳، عدم برنامه ریزی ۰/۴۷، تکانشگری حرکتی ۰/۶۳ و تکانشگری شناختی ۰/۷۸ گزارش دادند (اختیاری و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین روایی و پایایی این پرسشنامه توسط جاوید انجام گرفت که با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۷ این پرسشنامه دارای روایی مطلوبی است (جاوید، محمدی و رحیمی، ۲۰۱۲).

شیوه اجرا

مداخله خانواده مدار با استفاده از فضای مجازی برای گروه آزمایش بر اساس پروتکل آموزش روانی متمرکز بر خانواده میکلوویتز در طی ۲۱ جلسه یک ساعته انجام شد (جدول ۱). در تمام جلسات حضور فرد بیمار به همراه خانواده الزامی بود. تعدادی از این جلسات به صورت حضوری و تعدادی به صورت غیرحضوری و با استفاده از فضای مجازی تشکیل شد. به این ترتیب که ابتدا در اولین جلسه تمامی اعضا گروه آزمایش به صورت حضوری شرکت کردند سپس یک گروه در واتس آپ برای ارسال فایل های صوتی و فیلم های کوتاه آموزشی، از اسکایپ به منظور تشکیل ویدئو کنفرانس و جلسات پرسش و پاسخ استفاده شد. علاوه بر این ساعات خاصی از شبانه روز جهت مراجعه اعضای گروه به جلسات مجازی و پاسخگویی به سئوالات تعیین شد.

جدول ۱. پروتکل گروهی آموزش متمرکز بر خانواده میکلوویتز

بخش اول: آگاهی از اختلال (جلسات ۱ الی ۶):

آموزش و تنظیم قوانین گروه های مجازی و ایجاد ارتباط عمیق تر جلسه اول حضوری

در جلسات ۲ تا ۵ تعریف اختلال دو قطبی، شیوع بیماری و شناسایی عوامل تحریک کننده، شناسایی نشانه های گروه

اول (نشانه های مانیا، هیپومانیا و افسردگی).

جلسه ۶ اعضا به صورت حضوری جهت پرسش و پاسخ، برطرف کردن ابهام و همدلی بخش دوم: دارو درمانی (جلسات ۷ الی ۱۳):

در جلسات ۷ تا ۱۲ در گروه واتسآپ فیلمهایی با موضوعات دارو درمانی گذاشته می شود.

جلسه ۱۳ در اسکایپ به صورت سوپر گروه جلسه آن لاین برای پاسخ دهی به سئوالات شرکت کنندگان بخش سوم: اجتناب از سوء مصرف مواد (جلسه ۱۴):

اجتناب از مواد روان پریش، اجتناب از مواد شبه مانیا و توهم زا، اجتناب و پرهیز از مواد الکلی، جلسه حضوری بخش چهارم: کشف اولیه از دوره های جدید اختلال (جلسات ۱۵ الی ۱۷)

جهت آشناسازی بیمار با نشانه های اولیه و هشدار دهنده ی بیماری در دوره های مانیا، هیپومانیا و دوره های نادر افسردگی و مختلط، فیلم های زبان اصلی با زیر نویس فارسی همراه با تصویر و توضیحات تکمیل کننده اجرا کننده به صورت فایل صوتی در گروه واتسآپ

بخش پنجم: تنظیم عادت ها و کنترل استرس (جلسات ۱۸ الی ۲۱):

تکنیک های تنظیم عادت ها، کنترل استرس، راهبردهای حل مساله، کنترل خشم در جلسات ۱۸ تا ۲۰ در سوپر گروه اسکایپ به صورت آن لاین

در جلسه ۲۱ که به صورت حضوری به جمع بندی مشکلات مددجو و ارائه راهکارهای مناسب در مقابل مشکلات به سرپرست مددجو، ارائه برنامه ریزی روزانه و تطابق روند زندگی بیمار با مشکلات زندگی

برای تحلیل داده ها از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. داده ها با بیست و سومین ویرایش نرم افزار SPSS و تحلیل شد.

یافته ها

جدول ۲ مولفه های توصیفی متغیرها را قبل، بعد و در مرحله پیگیری نشان می دهد

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	مولفه ها
sd	M	sd	M	sd	M		
۰/۲۱	۱/۸۱	۰/۲۹	۱/۷۷	۰/۴۳	۱/۷۶	کنترل	تکانشگری عدم برنامه ریزی
۰/۴۴	۳/۰۲	۰/۴۵	۳/۰۲	۰/۴۴	۱/۸۷	آزمایش	
۰/۴۹	۲/۳۳	۰/۵۱	۲/۳۵	۰/۶۲	۲/۴۱	کنترل	تکانشگری حرکتی
۰/۳۴	۱/۹۰	۰/۳۴	۱/۹۰	۰/۵۶	۲/۸۳	آزمایش	
۰/۴۸	۲/۴۸	۰/۴۸	۲/۵۱	۰/۴۶	۱/۷۱	کنترل	تکانشگری شناختی
۰/۳۵	۲/۵۱	۰/۳۷	۲/۵۲	۰/۳۱	۲/۹۵	آزمایش	

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین شاخص‌های تکانشگری در وضعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل و آزمایش متفاوت بوده است و میانگین شاخص‌ها بالا اکثراً در گروه آزمایش بیشتر بوده است به منظور تحلیل داده‌های توصیفی با توجه به ۳ مرتبه اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، دوره پیگیری) از روش واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون مفروضه‌ها امکان استفاده از این روش را تایید کرد. نتایج تحلیل در جدول شماره ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نمره تکانشگری در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	SS	df	MS	F	Sig.	مجذور اتا
تکانشگری عدم برنامه‌ریزی	۶/۹۹	۱/۰۸	۶/۴۴	۳۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷
تکانشگری حرکتی	۵/۰۲	۱/۰۵	۴/۷۸	۴۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰
تکانشگری شناختی	۲	۱/۲۸	۱/۵۶	۳۰/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر با توجه به معنی دار بودن اثر مرحله، نشان می‌دهد که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین گروه‌های آزمایش به طور معنی‌داری بیشتر از گروه گواه می‌باشد. این نتایج بیانگر اثربخشی مداخله متمرکز بر تکانشگری می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی مداخله خانواده‌مدار با استفاده از فضای مجازی بر تکانشگری در مبتلایان به اختلال دوقطبی انجام شد. نتایج حاصل از یافته‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در تکانشگری و زیرمقیاس‌های تکانشگری عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش میکلوویتز و همکاران (۲۰۲۰) همسو است که در پژوهش خود نشان داد که در صورت ترکیب با دارو درمانی، خانواده‌درمانی با سیر بهبود علایم خلقی در بزرگسالان و نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی همراه است. آن‌ها نشان دادند در میان جوانان علامت‌دار در معرض خطر بالای خانوادگی برای اختلال دوقطبی، خانواده‌درمانی پس از یک دوره طولانی باعث بهبود علایم خلقی در افراد مبتلا می‌شود. میکلوویتز و

همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی دیگر نشان دادند آموزش مهارت‌های خانواده درمانی به جوانان در معرض خطر ابتلا به اختلال دوقطبی با پایداری طولانی‌تری در دوره‌های خلقی نسبت به دیگر درمان‌ها همراه است.

اودونل و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند درمان متمرکز بر خانواده نسبت به دارودرمانی بیش از ۲ سال تأثیرات بیشتری در انسجام خانواده و کیفیت روابط خانواده داشت.

میکلوویتز و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود نشان دادند برنامه درمان متمرکز بر خانواده با استفاده از فضای مجازی پاسخ مبتلایان به اختلال دوقطبی را نسبت به درمان افزایش می‌دهد. همچنین این درمان میزان درک والدین را نسبت به علایم بیماری نوجوانان افزایش می‌دهد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که بیماران دوقطبی در دوره ی منیک سراسیمگی روانی-حرکتی و در دوران افسردگی بی‌خوابی و از دست دادن انرژی و کلافگی بیشتری را تجربه می‌کنند در این میان با توجه به تغییرات سریع خلقی، تکانشگری بیشتری را از خود بروز می‌دهند. همچنین در دوران برگشت عود، افکار و یا اقدام خودکشی و اختلال مصرف مواد را که ناشی از رفتار تکانشگری بیشتر از خود نشان می‌دهند، از آنجایی بخش اولیه آموزشی مداخله ی میکلوویتز شامل آشنایی با تغییرات خلقی، شناسایی نشانه های افسردگی، مانیا و همچنین شناسایی عوامل تحریک کننده می‌باشد، بر کاهش رفتارهای تکانشگری این بیماران تاثیر داشته است.

از سوی دیگر پژوهش‌های قبلی نشان داده است که درمان خانواده‌مدار با پیشرفت بیشتر در روندهای مثبت خانوادگی (به عنوان مثال، انسجام خانوادگی، تعداد اظهارات مثبت یا سازنده بیان شده توسط والدین یا فرزندان در تعاملات خانوادگی) و کاهش بیشتر درگیری خانوادگی نسبت به مداخلات روان‌شناختی مخرب همراه است (سالیوان، جود، اکسلسون و همکاران، ۲۰۱۲)؛ (اوبراین، میکلوویتز، کندان و همکاران، ۲۰۱۴). اگرچه درمان خانواده‌مدار به طور خاص بر روی تفکر یا رفتار تکانشگری تمرکز ندارد، اما تأکید آن بر تشویق اعضای خانواده برای فهم و همدلی با علایم خلقی مبتلایان به اختلال دوقطبی ممکن است منجر به کاهش درگیری دوطرفه شود، که به نوبه خود می‌تواند بیماران را از وخامت بعدی تکانشگری محافظت کند (میکلوویتز و همکاران، ۲۰۲۰).

References

- Aparicio, A., Santos, J. L., Jiménez-López, E., Bagny, A., Rodríguez-Jiménez, R., & Sánchez-Morla, E. M. (2017). Emotion processing and psychosocial functioning in euthymic bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(4), 339-350.
- Ekhtiari, H., Safaei, H., Esmaeeli Djavid, G., Atefvahid, M. K., Edalati, H., & Mokri, A. (2008). Reliability and validity of Persian versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman

- Questionnaires in assessing risky and impulsive behaviors. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 14(3), 326-336.
- Fries, G. R., Zamzow, M. J., Andrews, T., Pink, O., Scaini, G., & Quevedo, J. (2020). Accelerated aging in bipolar disorder: a comprehensive review of molecular findings and their clinical implications. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 112, 107-116.
- Genovese, T., Dalrymple, K., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2017). Subjective anger and overt aggression in psychiatric outpatients. *Comprehensive psychiatry*, 73, 23-30.
- Javid, M., Mohammadi, N., & Rahimi, Ch. (2012). Psychometric Properties of the Persian Version of the Eleventh Edition of the Barratt Impulsivity Scale. *Psychological methods and models*, 2(8), 23-34.
- Miklowitz, D. J., & Chung, B. (2016). Family-focused therapy for bipolar disorder: Reflections on 30 years of research. *Family process*, 55(3), 483-499.
- Miklowitz, D. J., Merranko, J. A., Weintraub, M. J., Walshaw, P. D., Singh, M. K., Chang, K. D., & Schneck, C. D. (2020). Effects of family-focused therapy on suicidal ideation and behavior in youth at high risk for bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 275, 14-22.
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., Walshaw, P. D., Singh, M. K., Sullivan, A. E., Suddath, R. L., ... & Chang, K. D. (2020). Effects of family-focused therapy vs enhanced usual care for symptomatic youths at high risk for bipolar disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 77(5), 455-463.
- Miklowitz, D. J., Weintraub, M. J., Posta, F., Walshaw, P. D., Frey, S. J., Morgan-Fleming, G. M., ... & Arevian, A. A. (2021). Development and Open Trial of a Technology-Enhanced Family Intervention for Adolescents at Risk for Mood Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 281, 438-446.
- Miller, J. N., & Black, D. W. (2020). Bipolar disorder and suicide: a review. *Current psychiatry reports*, 22(2), 1-10.
- 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. *Family process*, 59(2), 376-389.
- O'Brien, M. P., Miklowitz, D. J., Candan, K. A., Marshall, C., Domingues, I., Walsh, B. C., ... & Cannon, T. D. (2014). A randomized trial of family focused therapy with populations at clinical high risk for psychosis: effects on interactional behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 90.
- Reich, R., Gilbert, A., Clari, R., Burdick, K. E., & Szeszko, P. R. (2019). A preliminary investigation of impulsivity, aggression and white matter in patients with bipolar disorder and a suicide attempt history. *Journal of affective disorders*, 247, 88-96.
- Roberts, J., Canales, A. G., Blanthorn-Hazell, S., Boldeanu, A. C., & Judge, D. (2018). Characterizing the experience of agitation in patients with bipolar disorder and schizophrenia. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-8.
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and individual differences*, 47(5), 385-395.
- Sullivan, A. E., Judd, C. M., Axelson, D. A., & Miklowitz, D. J. (2012). Family functioning and the course of adolescent bipolar disorder. *Behavior therapy*, 43(4), 837-847.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 16 (No. 60), pp.7-14, 2021

The effectiveness of family-centered intervention using cyberspace on impulsivity in patients with bipolar disorder

Abdi, Elham^۱., Rahimian Boger^۲, Ishaq., Elmi Menesh, Nila^۳.,
& Ghorbani Raheb^۴

Received: 2020/03/05

Accepted: 2021/4/30

Bipolar disorder is one of the most common mental disorders, which main characteristics are recurring periods of mania and depression. Such periods adversely affect various areas of a person's life including cognition, emotions, relationships and life performance. The aim of this study was to determine the effectiveness of family-centered intervention using cyberspace on the impulsivity in patients with bipolar disorder. For this purpose, during semi-experimental research with pre-test-post-test and follow-up, 30 patients with bipolar disorder referred to counseling centers and psychological services along with their family members were selected by convenience sampling method and randomly divided into two experimental and control groups. Family-centered intervention based on Miklowitz's approach using cyberspace was implemented for the experimental group and the control group was not subjected to any intervention. Subjects were tested for impulsivity before, after and two months after completing the research. The results of the variance analysis with repeated measurements showed that the family-centered intervention based on the Miklowitz approach using cyberspace is effective in the experimental group's impulsivity scores. As a result, it can be concluded that family-oriented intervention with Miklowitz approach can be effective in reducing impulsivity in bipolar disorder patients.

Keywords: Family-centered intervention based on the Miklowitz approach, impulsivity, bipolar disorder

1. Dept. of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

2. Dept. of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran (corresponding author) i_rahimian@semnan.ac.ir

3. Dept. Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

4. Dept. of Epidemiology and Biostatistics, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.