

به نام خدا



# اختلال دوقطبی

رویکرد درمانی  
خانواده محور

ویراست دوم

دیوید جی. میکلو ویتز

ترجمہ:

دکتر مریم صف آرا

(عضو ہیئت علمی دانشگاه الزہراء)

ابوالفضل بہرامی

زینب بہرامی

سرشناسه: میکلوویتس، دیوید جی، ۱۹۵۷ - م. Miklowitz, David Jay  
عنوان و نام پدیدآور: اختلال دو قطبی رویکرد درمانی خانواده محور/ دیوید جی  
میکلوویتس؛ ترجمه مریم صفآرا، ابوالفضل بهرامی، زینب بهرامی.  
مشخصات نشر: تهران: دانشگاه الزهراء (س)، انتشارات، ۱۳۹۷.  
مشخصات ظاهری: ۴۸۴ ص.  
وضعیت فهرست نویسی: فیپا  
یادداشت: عنوان اصلی:  
Bipolar disorder: a family-focused treatment approach, 2<sup>nd</sup> ed, c2008.  
موضوع: روان پریشی شدید - درمان  
موضوع: Manic-depressive illness -- Treatment  
موضوع: مشاوره خانواده  
موضوع: Family counseling  
شناسه افزوده: صفآراء، مریم، ۱۳۵۵ - مترجم  
شناسه افزوده: بهرامی، ابوالفضل، ۱۳۶۴ - مترجم  
شناسه افزوده: بهرامی، زینب، ۱۳۶۶ - مترجم  
شناسه افزوده: دانشگاه الزهراء شناسه افزوده: Alzahra University  
رده بندی کنگره: ۳۴۱۳۹۷ الف/م/۹۵۱۶/RC  
رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۵۰۶  
شماره کتابشناسی ملی: ۵۲۳۳۶۸۱



# اختلال دو قطبی

رویکرد درمانی خانواده محور

دیوید جی. میکلوویتس

ترجمه:

دکتر مریم صفآرا

(عضو هیئت علمی دانشگاه الزهراء (س))

ابوالفضل بهرامی

زینب بهرامی

ناشر:

انتشارات دانشگاه الزهراء (س)

طراحی صفحات:

کارگاه گرافیک فرگاهی

نوبت چاپ: یکم، ۱۳۹۷

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

شابک: ۹-۰۵-۶۱۱۴-۶۲۲-۹۷۸

قیمت: ۴۵۰۰۰ تومان

مراکز پخش:

ونک، دانشگاه الزهراء (س) تلفن: ۸۵۶۹۲۷۶۹-۸۸۰۴۸۹۳۳

بلوار کشاورز، نبش ۱۶ آذر، انتشارات دانشگاه الزهراء (س)

وبگاه فروش اینترنتی: <http://research.alzahra.ac.ir>

کلیه حقوق برای دانشگاه الزهراء (س) محفوظ است.

به کثرتِ سبزِ بستگی  
حضرتِ آرام و قرار  
به مهدی (عج)



# فهرست مطالب

۱	درباره نویسنده
۳	پیشگفتار
۱۱	بخش اول. اختلال دوقطبی و خانواده پیش زمینه تحقیق و بالینه
۱۳	فصل اول. اختلال دوقطبی چرا درمان خانوادگی؟
۱۷	اختلال دوقطبی بر چه اساس یک مشکل خانوادگی محسوب می شود؟
۱۹	چرا درمان خانواده محور
۲۰	شش هدف درمان خانواده محور
۲۷	فرضیات و ساختار اصلی درمان خانواده محور
۲۹	آیا درمان خانواده محور مفید است؟

۳۶	سازمان‌بندی این کتاب
۳۷	این کتاب برای چه کسانی نوشته شده است؟
۳۸	چند جمله در مورد واژگان

## ۴۱ فصل دوم.

### ماهیت اختلال دوقطبی و اثر آن بر خانواده

۴۳	بازبینی فصل
۴۵	اختلال دوقطبی چیست؟
۵۰	اثر این اختلال بر اعضای خانواده
۵۲	توپوگرافی دوره‌های افسردگی و مانیا
۵۷	نقش خانواده در تشخیص افتراقی
۵۹	دوره‌های مختلف زندگی اختلال دوقطبی
۶۳	پیش‌نیازهای رشدی برای اختلال دوقطبی
۷۲	رابطه بین درمان دارویی و درمان خانواده‌محور
۸۰	توضیحات پایانی

## ۸۳ فصل سوم.

### فاکتورهای خانوادگی و اجتماعی در دوره اختلال دوقطبی

۸۵	مرور فصل
۸۶	مدل آسیب‌پذیری-تنش
۸۸	عوامل محیطی خانواده در اختلال دوقطبی
۱۰۱	تنش رویدادهای زندگی
۱۰۵	مدل بازیابی شده آسیب‌پذیری-تنش
۱۰۷	توضیحات پایانی

## ۱۰۹ بخش دوم.

### اجرای درمان خانواده‌محور

## ۱۱۱ فصل چهارم.

### برنامه‌ریزی برای اولین مواجهه

۱۱۴	مرور فصل
-----	----------



۱۱۴	درمان خانواده محور برای چه کسانی مناسب است؟
۱۱۸	سازوکارهای درمان خانواده محور
۱۲۲	شروع کار: تماس های اولیه
۱۳۴	توضیحات پایانی

### ۱۳۵ فصل پنجم.

#### ارزیابی عملکردی

۱۳۷	بازبینی فصل
۱۳۸	ارزیابی سابقه اختلال بیمار
۱۴۸	ارزیابی تعاملات خانوادگی
۱۵۴	توضیحات پایانی

### ۱۵۷ فصل ششم.

#### آموزش روان شناختی خانواده

۱۵۹	مروری بر برنامه آموزش روان شناختی
۱۶۱	چند کلمه در مورد واژه ها
۱۶۱	موضع درمانگری
۱۶۳	«آماده کردن صحنه» برای برنامه آموزش روان شناختی
۱۶۴	معرفی برنامه درمانی
۱۷۳	ارائه مطالب آموزشی: بازبینی دوره شاخص بیماری
۱۷۹	علائم منتهی به دوره حاد
۱۸۳	حوادث منتهی به دوره: بررسی رخداد های زندگی
۱۹۰	بحث در مورد تجربه بستری شدن در بیمارستان
۱۹۵	مسیر مورد انتظار برای اختلال دوقطبی
۱۹۷	توضیحات پایانی

### ۱۹۹ فصل هفتم.

#### آموزش روان شناختی خانواده

۲۰۱	بازبینی فصل
۲۰۱	سبب شناسی اختلال دوقطبی
۲۱۹	درمان اختلال در مدل آسیب پذیری-تنش

۲۲۹	خانواده چگونه می‌توانند کمک کنند
۲۳۵	مدیریت شخصی اختلال دوقطبی
۲۳۸	تمرین بازگشت دوباره اختلال
۲۴۴	بررسی سؤالات پاسخ داده نشده
۲۴۵	توضیحات پایانی

## ۲۴۷ فصل هشتم. آموزش روان‌شناختی به خانواده

۲۵۰	بازبینی فصل
۲۵۲	تظاهر انکار و مقاومت
۲۵۴	پیش‌بینی و به‌کنترل درآوردن انکار و مقاومت
۲۵۹	معنای اختلال دوقطبی در بستر خانواده
۲۶۷	ادراکات مختلف از اختلال: منبعی برای اختلاف خانوادگی
۲۸۵	نگ و بدن‌امی اختلال دوقطبی در جامعه بزرگتر
۲۸۸	عدم تبعیت دارویی: مدیریت آن در بستر خانواده
۳۰۵	توضیحات پایانی

## ۳۰۷ فصل نهم. تمرین ارتقای ارتباط

۳۰۹	بازبینی فصل
۳۱۱	اهداف آموزش ارتقای ارتباط
۳۱۲	چرا باید تمرینات ارتباطی در این نقطه از درمان ارائه شوند؟
۳۱۴	آموزش ارتقای ارتباط: شروع کار
۳۱۹	آموزش چهار مهارت اصلی ارتباط
۳۴۲	توضیحات پایانی

## ۳۴۳ فصل دهم. آموزش ارتقای ارتباط

۳۴۶	بازبینی فصل
۳۴۷	مدیریت بالینی تمرینات ارتقای ارتباط
۳۵۱	مشکلات مربوط به تعمیم دادن مهارت‌ها

۳۵۹ استفاده از آموزش ارتقای ارتباط برای پویایی های خانوادگی  
۳۷۵ توضیحات پایانی

## ۳۷۷ فصل یازدهم.

### رسیدگی به مشکلات خانوادگی

۳۸۰ بازبینی فصل  
۳۸۰ حل مسئله: چرا در این مرحله از درمان؟  
۳۸۲ خانواده های بیماران دوقطبی، چه مشکلاتی دارند؟  
۳۸۳ اجرای حل مسئله  
۳۹۳ بررسی مقاومت  
۴۰۱ مسائل خانواده های بیماران دوقطبی: آیا راه حل های خوبی هم وجود دارد؟  
۴۰۹ توضیحات پایانی

## ۴۱۱ فصل دوازدهم.

### کنترل بحران ها در درمان خانواده محور

۴۱۴ بازبینی فصل  
۴۱۹ کنترل بالینی جلسات مدیریت بحران  
۴۲۰ بازگشت دوباره مانیا و بستری شدن در بیمارستان  
۴۲۸ بازگشت دوره افسردگی  
۴۳۰ بحران خودکشی  
۴۴۱ سوء مصرف الکل و مواد مخدر  
۴۵۱ بحران های روان پزشکی دیگر  
۴۵۳ توضیحات پایانی

## ۴۵۵ فصل سیزدهم.

### خاتمه دادن

۴۵۷ بازبینی فصل  
۴۵۷ پایان دادن به درمان خانواده محور: دو مثال  
۴۶۲ ساختار جلسات پایانی  
۴۶۳ بازبینی دوره درمان  
۴۶۵ پیش بینی مشکلات آتی

۴۶۶

۴۷۴

۴۷۵

ارزیابی نیازهای درمانی آتی  
برنامه‌ریزی برای ویزیت‌های پیگیری در آینده  
توضیحات پایانی

۴۷۷

۴۸۳

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی  
منابع

## درباره نویسنده

دکتر دیوید جی. میکلوویتز<sup>۱</sup>، پرفسور روان شناسی و روان پزشکی در دانشگاه کلرادو در بولدر<sup>۲</sup>، و محقق تحقیقات بالینی ارشد در بخش روان پزشکی دانشگاه آکسفورد است. وی دوران کارشناسی خود را در دانشگاه برانديس و دکتری و فوق دکتری خود را در دانشگاه کالیفرنیا، لس آنجلس (UCLA)<sup>۳</sup> کامل کرده است. تحقیقات کنونی وی بر درمان های آموزش روان شناختی خانواده برای اختلال دوقطبی<sup>۴</sup> با منشأ کودکی متمرکز است.

دکتر میکلوویتز، جایزه پایان نامه جوزف جنجری<sup>۵</sup> را از UCLA (۱۹۸۶)، جایزه محقق جوان از کنگره بین المللی برای تحقیقات شیزوفرنی (۱۹۸۷) و اتحاد ملی<sup>۶</sup> برای تحقیق

- 
1. DAVID J. MIKLOWITZ, PhD
  2. University of Colorado at Boulder
  3. University of California, Los Angeles
  4. Bipolar disorder
  5. Joseph Gengerelli Dissertation Award
  6. National Alliance

روی شیزوفرنی و افسردگی (NARSAD; 1987)، جایزه استاد محقق از دانشگاه کلرادو (۱۹۹۸) و جایزه محقق برتر از NARSAD (۲۰۰۱) دریافت کرده است. همین اواخر وی جایزه موگنزا سکو<sup>۱</sup> را از جامعه بین المللی برای تحقیقات روی اختلالات دوقطبی، و مدرسی مونیکا فوکز<sup>۲</sup>، را از دانشگاه آکسفورد دریافت کرد. همچنین مؤسسه ملی سلامت روانی، تأمین بودجه جان دی. و کاترینتی. مک آرتورو<sup>۳</sup>، تأمین بودجه رابرت ساترلند<sup>۴</sup>، و بودجه دنی آلبرت<sup>۵</sup> بودجه‌ای برای تحقیقاتش به وی اعطا کرد.

دکتر میکلوویتز، بیش از ۱۸۰ مقاله تحقیقی و فصل‌هایی از کتاب‌های مختلف در مورد اختلال دوقطبی و شیزوفرنی، و چهار کتاب دیگر را نوشته و منتشر کرده که به این شرح است: «راهنمای بقا در اختلال دوقطبی: آنچه لازم است شما و خانواده‌تان بدانید»<sup>۶</sup>، کتاب پرفروش، «نوجوان دوقطبی: آنچه می‌توانید برای کمک به فرزند خود و خانواده‌تان انجام دهید»<sup>۷</sup> (به همراه الیزابت ال. جورج<sup>۸</sup>). اولین ویراست «اختلال دوقطبی: درمان خانواده محور»<sup>۹</sup> وی، جایزه نشریات تحقیقی ممتاز ۱۹۹۸ را از انجمن آمریکایی برای ازدواج و درمان خانواده<sup>۱۰</sup> به خود اختصاص داد.

- 
1. Mogens Schou Award
  2. Monica Fooks lectureship
  3. John D. and Catherine T. MacArthur Foundation
  4. Robert Sutherland Foundation
  5. Danny Alberts Foundation
  6. Bipolar Disorder Survival Guide: What You and Your Family Need to Know
  7. The Bipolar Teen: What You Can Do to Help Your Child and Your Family
  8. Elizabeth L. George
  9. Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach
  10. Marriage and Family Therapy

## پیش‌گفتار

اختلال عاطفی دوقطبی، یک بیماری روان‌پزشکی فریبنده، اما غم‌انگیز است. من به عنوان روان‌شناس بالینی و محقق، غالباً مبهوت شدت و فشاری می‌شوم که افراد مبتلا به این اختلال، در زندگی تجربه می‌کنند. خلاقیت، انرژی و کارهای هنرمندانه آن‌ها، در آثار مرتبط به خوبی ثبت شده است، اما در عین تحسین این قوت‌ها می‌توان رنج شدیدی را هم که این افراد و خانواده‌هایشان بدان دچارند، حس کرد. حتی با وجود فواید داروهای تثبیت‌کننده خلق، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، درد شدیدی را غالباً به شکل روابط ازهم‌گسیخته خانوادگی، مشکلات مالی یا امیدها و آرزوهای ازدست‌رفته تجربه می‌کنند. روشن است که درمان اختلال دوقطبی باید فراتر از مراقبت دارویی باشد تا ابعاد خانوادگی و اجتماعی-میان‌فردی این بیماری را نیز دربرگیرد.

در اوایل دهه ۱۹۸۰، زمانی که دانشجوی کارشناسی در دانشگاه کالیفرنیا لس‌آنجلس (UCLA) بودم و با همکاران و استاد فقیدم دکتر مایکل جی. گلدشتاین<sup>۱</sup> کار می‌کردم،

---

1. Michael J. Goldstein, PhD

علاقه‌ای ویژه به این بیماران و خانواده‌هایشان که با این اختلال سروکار داشتند، پیدا کردم. در ابتدا این علاقه صرفاً با هدف مقایسهٔ مسائل آن‌ها با مسائل بیماران شیذوفرنی و خانواده‌هایشان بود. گلدشتاین، اولین کسی بود که کارآمد بودن آموزش روان‌شناختی کوتاه مدت، مداخلهٔ بحران محور خانوادگی را برای بیماران شیذوفرنی نشان داد و زمانی که من ابتدا پیشنهاد کردم فرایندهای خانوادگی و به شکل بالقوه، درمان خانوادگی را در یک اختلال روان‌پزشکی عمده و عودکننده بررسی کنیم، وی با هیجان و علاقه برخورد کرد.

گاهی بهترین ایده‌های تحقیقی، به طور مستقیم از مشاهدات بالینی ما ایجاد می‌شوند. درحالی که یک گروه درمانی را برای بیماران دوقطبی مدیریت می‌کردم، حیرت زده بودم که این بیماران دائماً می‌گفتند دوره‌های بیماری آن‌ها با دوره‌های اختلافات شدید خانوادگی همراه می‌شود، اما برای من و در آن زمان دیگران، روشن نبود که آیا ویژگی‌های محیط خانوادگی بیماران می‌تواند به گونه‌ای به علائم خلقی دوقطبی ارتباط یابد یا خیر، و آیا علائم بیمار و واکنش‌های خانوادگی، هر دو با نوعی متغیر سوم، مانند آمادگی ژنتیکی مشترک برای اختلال عاطفی ایجاد می‌شوند یا خیر. ما مطالعهٔ این پرسش‌ها را به صورت طولی آغاز کردیم: آیا کیفیت محیط خانوادگی، اگر ارتباط تصادفی با آغاز عودهای اختلال خلقی نداشته باشد، دست کم پیش‌بینی‌کنندهٔ آن‌ها می‌تواند باشد؟ مطالعه‌ای که در فصل ۱ توضیح داده می‌شود، این فرضیهٔ محوری را بررسی می‌کند.

ما حس کردیم گام بعدی که تا حدی براساس یافته‌های طولی و نیز آثار مشابهی بود که در حدود همان زمان پدیدار شده بود، طراحی و هدایت درمان برای خانواده‌ها و زوج‌هایی است که با اختلال دوقطبی درگیرند. زمانی که مطالعات خود را آغاز کردیم، درمان‌های اولیه برای اختلال دوقطبی، منحصراً دارویی و در اکثر موارد محدود به لیتیم کربنات یا کاربامازپین بود. اعتقاد چندانی به ارزش پیشگیرانهٔ روان‌درمانی، به تنهایی یا در کنار داروهای استاندارد وجود نداشت.

من و مایکل گلدشتاین، این افتخار را داشتیم که با مرکز تحقیقات بالینی UCLA برای مطالعهٔ شیذوفرنی<sup>۱</sup> همراه باشیم که این مرکز چهار سال هدایت مطالعات مربوط به نقش



درمان و آموزش روان‌شناختی خانواده را در کنار درمان دارویی برای بیماران شیذوفرنی به‌عهده داشت. ما ساختاری را اتخاذ کردیم که به‌وسیله یکی از درمان‌های مرکز UCLA ارائه شده بود: مدیریت رفتاری خانواده برای شیذوفرنی. این مدل از چهار مؤلفه تشکیل شده بود: ارزیابی عملکرد خانواده در طول بستری شدن بیمار برای سایکوزهای<sup>۱</sup> حاد و پس از آن، آموزش روان‌شناختی برای بیماران و خانواده‌ها در مورد شیذوفرنی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و آموزش مهارت‌های حل مسئله.

ما دریافتیم که مدل درمان خانواده در شیذوفرنی، باید برای بیماران دوقطبی و خانواده‌های آن‌ها به‌صورت اساسی بازبینی شود. ابتدا به‌نظر می‌رسید بیماران دوقطبی در مقایسه با بیماران شیذوفرنی، به‌لحاظ گفتاری خودبیانگر، در عملکرد شغلی و اجتماعی، بالا، و برای بهره‌بردن از مداخلات روان‌شناختی کاوشی توانمند باشند. دوم، بیماران دوقطبی غالباً متأهل بودند و در ارتباط با این اختلال، مشکلات قابل‌توجهی در روابط خود داشتند. سوم، انکار دائمی آن‌ها برای وجود این اختلال و مقاومت در مقابل پذیرش داروهای لازم، در کنار واکنش‌های عاطفی خانواده به این وضعیت بیماران، به‌عنوان ویژگی‌های کلیدی مشکلات جاری بیماران و خانواده‌شان در مقابل ما قد علم کرده بودند.

با تأمین بودجه تحقیقاتی از مؤسسه ملی سلامت ذهنی و از اتحاد ملی برای تحقیقات روی شیذوفرنی و افسردگی، ما قادر بودیم تا فرایندهای خانوادگی همراه با اختلال دوقطبی را بیشتر بررسی کنیم و از طریق آزمایش‌های تجربی کنترل‌شده، مداخله آموزش روان‌شناختی جدیدی را ایجاد و تست کنیم که ما آن را درمان خانواده محور<sup>۲</sup> می‌نامیم. این درمان برای بیماران دوقطبی طراحی شده که اخیراً دوره مانیا یا افسردگی داشته‌اند (یا بدون بستری شدن در بیمارستان) و به‌زندگی در کنار اعضای خانواده، معمولاً والدین یا همسران بازگشته‌اند یا دوباره ارتباطی نزدیک با آن‌ها یافته‌اند.

اگرچه ما ساختار اصلی درمان خانوادگی فالون و لیبرمن را حفظ کردیم، هر واحد را به‌صورت

---

1. Psychosis  
2. Family-foocused treatment (FFT)

اساسی بازبینی کردیم تا مسائل، مقاومت‌ها و اختلافات روان‌شناختی را که بیماران و خانواده‌های درگیر با اختلال دوقطبی را مشخص می‌کردند، بررسی کنیم.

من و همکارانم از آغاز این مطالعات، ۲۰۰ بیمار و خانواده‌هایشان را با رویکرد درمان خانواده محور درمان کردیم. ما تمامی گروه‌های سنی، از جمله نوجوانانی با سن ۱۳ سال، دانشجویانی با اولین دوره مانیا، بیماران میانسال و متأهل و افراد مسن را پوشش دادیم. ما بیمارانی با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین یا بالا و بیمارانی با نژادها و قومیت‌های مختلف را تحت درمان قرار دادیم. مراجعان ما حتی بعد از آنکه فاز ۹ ماهه درمانی کامل شده بود، گزارش می‌کردند که این درمان برایشان مؤثر بوده است (ن.ک: فصل ۱). ما هم به نوبه خود چیزهای زیادی را از آن‌ها یاد گرفتیم: آن‌ها به صورت نسبتاً منظم، ابعاد درمان کمک‌کننده و ابعاد نیازمند بازبینی را توضیح می‌دادند. در واقع کارهای درمانی نهایی ما، آن‌گونه که در این کتاب آمده، بازبینی‌هایی را منعکس می‌کند که نه تنها براساس قضاوت‌های بالینی خود ما، بلکه براساس بازخوردهایی است که ما از بیمارانمان و خانواده‌های آن‌ها و نیز از بسیاری از پزشکانی که در طول سال‌ها برای مدیریت درمان آموزش داده بودیم، دریافت کرده‌ایم.

این کتاب، رویکرد درمان خانواده محور را در دو بخش اصلی توصیف می‌کند. در بخش ۱، سابقه تحقیقی و بالینی را که به ایجاد این رویکرد انجامید، توضیح می‌دهم. بخش ۲، راهنمایی برای ارائه ارزیابی، آموزش روان‌شناختی، ارتقای ارتباط و نمونه‌های حل مسئله درمانی است. موارد بالینی بی‌شماری در سرتاسر این کتاب ارائه شده است. اگرچه مثال‌های ارائه شده، مبتنی بر بیماران و خانواده‌های حقیقی هستند، من تمام نام‌ها و دیگر اطلاعات شخصی را تغییر داده‌ام. همچنین گفت‌وگوهای جلسات درمانی را به خاطر وضوح، اختصار و حمایت کامل از اسرار بیمار و خانواده‌اش تغییر داده و ویرایش کرده‌ام.

ویرایش دوم از دو نظر با ویرایش اول متفاوت است. نخست آنکه این جلد شامل تحقیقات قابل توجه جدیدی است که از زمان ویرایش اول کامل شده‌اند. سه آزمایش تصادفی، کارایی درمان خانواده محور را در کنار درمان دارویی برای تثبیت یا پیشگیری از

دوره‌های اختلال دوقطبی در بزرگسالان نشان می‌دهند. یکی از مطالعات، با عنوان «برنامه ارتقای درمان روشمند»<sup>۱</sup> ۱۵ ناحیه‌ای بزرگ‌مقیاس<sup>۱</sup> برای اختلال دوقطبی (STEP-BD) نشان داد که درمان خانواده‌محور بازیابی و بهبود از دوره‌های افسردگی را در مقایسه با شرایط کنترل روانی اجتماعی تسریع می‌کند.

دوم اینکه در سال ۱۹۹۸ من و همکارانم، کارمان را به درمان نوجوانان مبتلا به این اختلال گسترش دادیم. نتایج اولیه<sup>۲</sup> ما با استفاده از درمان خانواده‌محور برای نوجوانان نشان داد که این رویکرد، هم در تثبیت علائم کارآمد است و هم برای نوجوانان و والدین آن‌ها قابل‌پذیرش است. مطالعات موردی جدید به ویراست دوم اضافه شدند تا رویکرد درمان خانواده‌محور را برای نوجوانان نشان دهند. راهی که تکنیک‌های بالینی هسته‌ای (برای مثال: آموزش ارتقای ارتباط) را می‌توان برای سازگاری با الزامات رشدی نوجوانان تغییر داد، در سرتاسر این کتاب به تفصیل بررسی شده‌اند.

امیدوارم خواننده، زمانی کتاب را به پایان ببرد که ادراک روشنی از سندرم اختلال دوقطبی و مسائل بیماران و اعضای خانواده‌هایشان طی دوره‌ها و پس از آن‌ها پیدا کرده باشد. امیدوارم روشن شده باشد که این بیماری تا چه اندازه می‌تواند در مراحل مختلف پیشرفت خود، بر خانواده‌ها تأثیر بگذارد. علاوه بر این، امیدوارم خواننده به جایی برسد که بتواند درمان بیمارانش را، چه جوان باشند چه مسن، به درستی پیش ببرد.

افراد زیادی در پیشرفت ایده‌های این کتاب مشارکت داشته‌اند. دکتر مارگرت ریا<sup>۲</sup> که به عنوان پزشک خانواده و ناظر درمان خانوادگی در UCLA و بعدها در دانشگاه کالیفرنیا کار می‌کرد، دیویس<sup>۳</sup> که در مثال‌های موردی شرکت‌کننده، یاریگر ما بوده است. همچنین سپاسگزارم از دکتر آلن فرانک<sup>۴</sup>، و دیوید کاپفور پزشک<sup>۵</sup>، برای ایده‌های تأثیرگذارشان در مورد درمان میان‌فردی-فردی اختلال دوقطبی، و برای معرفی مداخلات

---

1. 15-site Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD)  
 2. Margaret Rea, PhD  
 3. Davis  
 4. Ellen Frank, PhD  
 5. David Kupfer, MD

تثبیت ریتم اجتماعی به ما که اکنون به صورت روشمند از آن استفاده می‌کنیم. دکتر رابرت پیرین<sup>۱</sup>، و دکتر جوئل شریل<sup>۲</sup>، از مؤسسه ملی سلامت ذهنی که با در نظر داشتن تجربیات قابل توجه در اجرای تحقیقات درمان-بازده و تحقیقات طولی روی اختلالات خلقی، راهنمایی‌های بسیار هوشمندانه‌ای به ما ارائه کردند.

تیم فوق العاده‌ای از دانشجویان و همکاران فوق دکتر که به عنوان درمانگر در آزمایش‌های درمانی کنترل شده ما همکاری کردند. در دانشگاه کلرادو، این فهرست شامل دکتر الیزابت جرج<sup>۳</sup>، دکتر داوون تیلور<sup>۴</sup>، دکتر باربارا دائوش<sup>۵</sup>، دکتر آپرنا کالبگ<sup>۶</sup>، دکتر کیم مولن<sup>۷</sup>، آدرین بیوکیانز کارشناس ارشد<sup>۸</sup>، جفری ریچاردز کارشناس ارشد<sup>۹</sup>، دکتر ناتالی ساکز-اریکسون<sup>۱۰</sup>، دکتر ترزا سیمونیا<sup>۱۱</sup>، دکتر تینا گلدشتاین<sup>۱۲</sup>، و دکتر یونیک کیم<sup>۱۳</sup> است. در UVLA، این گروه شامل دکتر جف بال<sup>۱۴</sup>، دکتر جنیفر کریستین-هرمان<sup>۱۵</sup>، مگ راسنستین کارشناس ارشد<sup>۱۶</sup>، دکتر مارتا تامپسون<sup>۱۷</sup>، دکتر داوون ولیگان<sup>۱۸</sup>، و دکتر جوزف ونتورا<sup>۱۹</sup> است. همچنین سپاسگزارم از دکتر شیرلی گلین<sup>۲۰</sup>، دکتر انگوس استراکان<sup>۲۱</sup>، و گایلا بلک ول<sup>۲۲</sup> دانشمند که شرایط نظارت بر درمان خانوادگی را فراهم آوردند.

- 
1. Robert Prien, PhD
  2. Joel Sherrill, PhD
  3. Elizabeth George, PhD
  4. Dawn Taylor, PhD
  5. Barbara Dausch, PhD
  6. Aparna Kalbag, PhD
  7. Kim Mullen, MA
  8. Adrine Biuckians, MA
  9. Jeffrey Richards, MA
  10. MA, Natalie Sachs-Ericsson, PhD
  11. Teresa Simoneau, PhD
  12. Tina Goldstein, PhD
  13. Eunice Kim, PhD
  14. Jeff Ball, PhD
  15. Jennifer Christian-Herman, PhD
  16. Meg Racenstein, MA
  17. Martha Tompson, PhD
  18. Dawn Velligan, PhD
  19. Joseph Ventura, PhD
  20. Shirley Glynn, PhD
  21. Angus Stravhan, PhD
  22. Gayla Blackwell, MSW

همچنین جا دارد تشکر کنم از دانشگاه کلرادو و در باولدر برای فراهم آوردن بودجه تحقیقی استادی یک ساله (۱۹۹۵ تا ۱۹۹۶) و دوباره در سال ۲۰۰۶-۲۰۰۷ که در طول این مدت، ویرایش اول و دوم این کتاب نوشته شد.

تشکر ویژه از کیتی مور<sup>۱</sup>، ویراستار اجرایی در نشریه گویلفورد<sup>۲</sup>، ویراستاری باهوش، روحیه بخش، آگاه و به روز. متشکرم که فرایند نوشتن این کتاب اینقدر برایم جالب و لذت بخش بود!

همچنین دوست دارم سپاسی ویژه داشته باشم و یادی کنم از مشارکت دکتر لیمن واین<sup>۳</sup>، و لان فالون پزشک<sup>۴</sup> که هر دو آن‌ها در سال ۲۰۰۶ در گذشته‌اند. هر دو آن‌ها تأثیری سازنده در کارهای من داشتند و مرا تشویق کردند تا علاقه‌ام به خانواده را دنبال کنم؛ حتی وقتی که این عرصه به شکل روزافزونی، بر علم ژنتیک و نورویبولوژی متمرکز بود.

این کتاب، مانند ویراست اول آن به مایکل گلدشتاین تقدیم می‌شود که در ۱۳ مارس ۱۹۹۷ درگذشت. تأثیر او بر من، هم به لحاظ شخصی و هم حرفه‌ای، بیشتر از آن بود که پیش از اولین ملاقاتمان در سال ۱۹۷۹ می‌توانستم تصور کنم. امیدوارم که این کتاب، تقدیری از او و مشارکت بی‌اندازه‌اش در حوزه کاری ما باشد. دیوید جی. میکلوویتز.

- 
1. Kitty Moore
  2. Guilford Press
  3. Lyman Wynne, PhD
  4. Ian Falloon, MD

