

اثربخشی برنامه آموزش روان‌شناختی خانواده بر ابراز هیجان در
خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی*

Effectiveness of Family Psycho-Educational Program on
Expressed Emotion in Families of Patient With
Sever Mental Disorder

S. Karamlou, M. A. ✉

A. Mazaheri, Ph.D.

Y. Mottaghipour, Ph.D.

سمیرا کرملو ✉

کارشناس ارشد خانواده درمانی

دکتر علی مظاهری

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی

دکتر یاسمن متقی‌پور

دانشیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of psycho-educational intervention in reducing expressed emotions in families of patients with sever mental disorders. Using an experimental design, with p-retest and posttest and control group, Families of 30 patients with bipolar disorder (BPD), schizophrenia and schizo-affective disorder were divided

چکیده:

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی مداخله آموزش روان‌شناختی خانواده بر کاهش ابراز هیجان در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی انجام شد. گروه نمونه، شامل خانواده‌های ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس از دو بیمارستان در شهر تهران انتخاب، و با روش غیرتصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

*Corresponding author: Family Research
Institute, Shahid Beheshti University, Evin,
Tehran, Iran.
Tel: +9821-22431814
Fax: +9821-29902368
Email: karamlou_samira@yahoo.com

*این پژوهش با حمایت مالی قطب علمی خانواده انجام شده است.
✉ نویسنده مسئول: تهران- اوین- دانشگاه شهید بهشتی-
پژوهشکده خانواده
تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۱۸۱۴ دورنما: ۰۲۱-۲۹۹۰۲۳۶۸
email: karamlou_samira@yahoo.com پست‌الکترونیکی:

in tow conditions: 6 sessions of intervention as a experimental group and one session as a control group.

Expressed emotions were assessed by using Family Questionnaire.

Results showed while that family psycho-education program had no significant effect on emotional over involvement, but it had significant influence on reduction of critical comments (CC) in family members. These results were interpreted in terms of the fact that according to the literature emotional over involvement is less sensitive in predicting relapse. However, family psycho-educational programs are basically designed to reduce relapse and as a result emotional over involvement has not important role in these programs. On the other hand, considering the cultural aspects of this factor, one may expect more time as well as deeper interventions for changing this factor.

Keywords: Family psycho-education, Expressed emotion, Sever mental disorder.

آزمودنی‌ها پرسشنامه سؤالات خانواده (FQ) را تکمیل نمودند و سپس مداخله آموزش روان‌شناختی خانواده در مورد گروه آزمایش به اجرا درآمد، در حالی که گروه کنترل درمان خاصی را دریافت نکرد. نتایج بدست آمده نشان داد در حالی که آموزش روان‌شناختی خانواده کاهش معناداری را در مؤلفه نظرات انتقادی ایجاد کرده است، اما مؤلفه درگیری عاطفی شدید تغییر معناداری را نشان نداده است. در تبیین نتایج فوق این نکته مورد توجه قرار گرفته است که با توجه به نتایج پژوهش‌ها و محتوای مؤلفه‌ها، نظرات انتقادی حساسیت کمتری برای پیش‌بینی عود دارد. از سوی دیگر با توجه به این که برنامه‌های آموزشی مداخلات خانواده عموماً با هدف کاهش عود بیماری تدوین شده‌اند، به‌طور طبیعی در این گونه مداخلات صرفاً مؤلفه‌های موثر در این زمینه مورد توجه قرار می‌گیرند. بنابراین مؤلفه درگیری عاطفی شدید شاید نقش پررنگی در این مداخله‌های آموزشی به خود اختصاص ندهد. علاوه بر این با توجه به ماهیت فرهنگی این مؤلفه، به نظر می‌رسد تغییر آن مستلزم صرف زمان بیشتر و مداخله‌های عمیق‌تری باشد.

کلیدواژه‌ها: آموزش روان‌شناختی خانواده، ابراز هیجان، اختلالات شدید روان‌پزشکی

مقدمه

خانواده نخستین واحد جامعه است و جایگاه خاصی را در تشخیص و درمان روان‌شناختی به خود اختصاص می‌دهد. بیماری مزمن، مقوله‌ای بین‌فردی، اجتماعی و فرهنگی است و نباید تنها داستان تجربیات بیمار تلقی شود. زمانی که بیماری وارد خانواده می‌شود، مانند یک مهمان ناخوانده، تعادل حیاتی موجود در سیستم خانواده را در مرزها، نقش‌ها، انتظارات، آرزوها و امیدها برهم می‌زند. بنابراین سیستم خانواده را در بیماری‌ها نمی‌توان نادیده گرفت، چراکه در آن صورت خانواده بر علیه

درمان و تیم‌درمانی با انکارها و پیش‌داوری‌ها و شرم و دوسوگرایی‌اش مقابله خواهد کرد (ماج و ستوریوس، ۲۰۰۲).

در طی ۵۰ سال اخیر پژوهشگران به نقش عوامل اجتماعی و محیطی در بروز و عود در بیماری‌های روان‌پزشکی علاقمند شده‌اند، بخش اعظمی از این پژوهش‌ها بر روی مفهوم ابراز هیجان تمرکز داشته‌اند (کاوانا، ۱۹۹۲). ابراز هیجان کیفیت رابطه اعضای خانواده با بیمار را منعکس می‌کند و از طریق ۵ متغیر که نگرش خویشاوندان بیمار را نشان می‌دهد، مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرد. این متغیرها شامل «انتقاد^۱»، «خصوصیت^۲»، «درگیری عاطفی شدید^۳»، «نظرات مثبت^۴» و «گرمی^۵» می‌باشند. خویشاوندانی به‌عنوان ابراز هیجان بالا در نظر گرفته می‌شوند که انتقادی هستند (به این معنی که در مورد رفتارها و یا ویژگی‌های بیمار نظرات منفی می‌دهند) و با خصوصیت رفتار می‌کنند (با بیمار انتقادآمیز و طردکننده برخورد می‌کنند) و یا درگیری عاطفی افراطی با بیمار دارند به این معنی که پاسخ‌های هیجانی شدید و رفتارهای بسیار فداکارانه از خود نشان می‌دهند و بیش از حد با بیمار هویت‌سازی می‌کنند (لوبان و همکاران، ۲۰۰۶).

در حال حاضر شواهد محکمی وجود دارد که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا که متعلق به خانواده‌های با ابراز هیجان بالا هستند، دو برابر بیشتر احتمال عود بیماری را پس از مرخص شدن از بیمارستان خواهند داشت (بوتزلاف و هولی، ۱۹۹۸). پژوهش یان و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان داد، بیماران دوقطبی که در خانواده‌هایی با ابراز هیجان بالا زندگی می‌کردند در مقایسه با بیمارانی با خانواده‌های ابراز هیجان پایین، در پیگیری یک‌ساله، عود بالاتری را نشان دادند.

فرا تحلیل کاوانا (۱۹۹۲) که نتایج شش نوع مداخله خانوادگی را در بیماران اسکیزوفرنیا مورد بررسی قرار داده بود، نشان داد که در طی ۲ سال پیگیری، ۳۳٪ از بیماران گروه آزمایش که تحت مداخلات خانواده قرار داشتند، دچار عود شدند، در صورتی که در گروه کنترل ۷۷٪ از بیماران عود پیدا کردند. میکلویتز و همکاران (۲۰۰۳) نیز در مطالعه‌ای به اثربخشی آموزش خانوادگی بر روی بیماران دوقطبی و خانواده‌های آن‌ها پرداختند. آن‌ها پی بردند بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری، بهبود نشانه‌های بیماری، بهبود ارتباط و کاهش عود را نشان دادند.

شواهد حاصل از پژوهش‌هایی که با به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی خانواده در جهت کاهش برخی جنبه‌های رفتار ابراز هیجانی بالا سعی دارند تا میزان عود را کاهش دهند، از این فرضیه حمایت می‌کنند که ابراز هیجان بیشتر از این که نقش رابطه‌ای داشته باشد، تأثیر می‌گذارد (فاروآ و همکاران، ۱۹۹۹؛ پیتشل - والتز و همکاران، ۲۰۰۱).

از سوی دیگر، آموزش روان‌شناختی خانواده یک روش مبتنی بر شواهد است که به‌طور پیوسته، کاهش میزان عود در اسکیزوفرنیا را نشان داده است (دیکسون و همکاران، ۲۰۰۰). به‌عنوان مثال، فرائحلیلی که توسط پیتشل - والتز و همکاران (۲۰۰۱) انجام شد نشان داد که اگر اعضای خانواده

بیمار در درمان شرکت کنند، میزان عود برای بیماران اسکیزوفرنیا کاهش می‌یابد. در عین حال مطالعات بسیاری کارآمدی درمان خانوادگی را برای اختلالات سایکوتیک در جمعیت اقلیت نیز نشان داده‌اند (ویزمن و همکاران، ۲۰۰۶). آموزش روان‌شناختی شامل آگاه‌کردن خانواده‌ها نسبت به مشکلات روان‌شناختی بیماران، با ایجاد یک چارچوب نظری منسجم، ارائه یک نقشه عملی به خانواده‌ها با آموزش حل مسئله و ارتباط و مدیریت داروها و نیز فراهم کردن حمایت‌های اجتماعی است که در آن فرصتی را فراهم می‌کند تا خانواده‌هایی که مشکلات و نگرانی‌های مشابه دارند با یکدیگر ملاقات کرده و به بحث و گفتگو و تبادل نظر بپردازند (کار، ۲۰۰۶).

علی‌رغم وجود شواهدی مبتنی بر کارایی مداخلات خانواده در درمان مبتلایان به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا، اطلاعات کمی وجود دارد تا بتوان بر اساس آن تعیین کرد که کدام مداخلات کارآمدتر از انواع دیگر هستند (پن و موزر، ۱۹۹۶). علاوه بر این، تحقیقات کاملی وجود ندارد که بر اساس آن مشخص کرد که کدام بیماران و خانواده‌ها به کدام نوع خانواده‌درمانی بهتر پاسخ می‌دهند (یانگ و پیرسون، ۲۰۰۲).

از طرفی با توجه به این‌که در کشورهای در حال توسعه و به‌طور خاص در ایران میزان ابراز هیجان (EE) در خانواده بیماران بسیار بالا گزارش شده است (متقی‌پور و همکاران، ۲۰۰۱) و نیز پژوهشی در ایران این متغیر را به‌طور مستقیم مورد بررسی قرار نداده است، بنابراین مطالعه بر روی مداخلاتی که مناسب‌ترین شیوه برای کاهش EE خانواده‌های این بیماران را نشان دهند، ضروری است.

روش

این پژوهش به روش شبه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه می‌باشد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی (که شامل اختلال اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلال دو قطبی) است که در بخش روان‌پزشکی بیمارستان طالقانی و بیمارستان امام حسین تهران بستری هستند. منظور از خانواده بیمار، پدر، مادر، همسر و یا فرزندی است که با بیمار رابطه نزدیکی داشتند و داوطلب شرکت در جلسات گروهی بودند.

نمونه مورد مطالعه در پژوهش حاضر، خانواده‌های ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی است که از این میان خانواده ۱۵ نفر از بیماران با روش غیرتصادفی برحسب موافقت

خانواده‌ها جهت شرکت در برنامه آموزشی، در گروه آزمایش قرار گرفتند و خانواده ۱۵ بیمار دیگر که خانواده‌های‌شان در برنامه شرکت نکردند به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند.

شیوه اجرا

ابتدا تمام افراد گروه آزمایش و گواه در یک جلسه عمومی شرکت کرده و پرسشنامه خانواده^۶ (پیش‌آزمون) و فرم دموگرافیک و فرم رضایت‌نامه شرکت در جلسات به آن‌ها داده شد. سپس برنامه آموزش روان‌شناختی خانواده (متقی‌پور، ۱۳۸۴)، در طی ۶ جلسه گروهی هفته‌ای یک‌بار به مدت ۲ ساعت، توسط محقق برای گروه آزمایش به اجرا درآمد (جدول ۱)، ولی گروه گواه آموزش خاصی دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات آموزش خانواده، از افراد گروه آزمایش و گواه در یک جلسه دعوت به عمل آمد تا مورد ارزیابی مجدد قرار گیرند (پس‌آزمون).

جدول ۱: آموزش روان‌شناختی خانواده (متقی‌پور، ۱۳۸۴)

جلسات	عنوان	محتوای هر جلسه
۱	داستان خانواده	آشنایی، تجربه روبه‌رو شدن با بیماری فرد/ خانواده مراجعات قبلی (درمان)، نگرانی‌ها و چالش‌های روبه‌رو شدن با بیماری
۲	بیماری و علائم	سایکوز چیست؟ تعریف/ علائم/ انواع سایکوز (تأکید بر روی سه تشخیص اسکیزوفرنیا، اختلال دو قطبی و اسکیزواکتیو)/ مدل آسیب‌پذیری استرس/ سه فاز (دوره) بیماری علائم زودرس/ هشداردهنده
۳	درمان و پیگیری	درمان دارویی: داروها و عوارض/ عدم استفاده از مواد مخدر و الکل دلائل عدم استفاده بیماران از دارو موارد استفاده الکترو شوک پیگیری
۴	خانواده چه کمکی می‌تواند انجام دهد؟	واکنش‌های افراد خانواده: اضطراب، احساس گناه، احساس خجالت از برچسب بیماری روان، ناکامی، عصبانیت، غمگینی و سوگ چگونگی پاسخ خانواده به علائم بیماری - نحوه ارتباط
۵	روش حل مسئله	آموزش روش حل مسئله
۶	تمرین حل مسئله، پیشگیری از بحران و مباحث خاص	تمرین حل مسئله بحث در مورد: ازدواج، اشتغال، تحصیل، مسافرت پیشگیری از بحران

ابزار پژوهش

پرسشنامه خانواده (FQ): پرسشنامه خانواده یک فرم خودسنجی کوتاه برای ارزیابی ابراز هیجان در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک می‌باشد که توسط ودمن و همکاران در سال ۲۰۰۲ ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ آیتم می‌باشد. پاسخ‌ها در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه‌بندی شده است، و شامل دو زیر مقیاس نظرات انتقادی^۷ و درگیری عاطفی شدید^۸ می‌باشد. در پژوهشی که بر روی گروه آلمانی انجام شد، پایایی کل مقیاس ۰/۹۲ و پایایی خرده مقیاس نظرات انتقادی ۰/۸۴ و درگیری عاطفی شدید ۰/۹۱ گزارش شده است. از سوی دیگر این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است و با مصاحبه خانوادگی کمبرول^۹ همبستگی معناداری را نشان داده است (ودمن و همکاران، ۲۰۰۲). در ایران پایایی کل مقیاس ۰/۸۵ و پایایی خرده مقیاس درگیری عاطفی شدید ۰/۸۳ و نظرات انتقادی ۰/۸۸ گزارش شده است (خدابخشی، ۱۳۸۶).

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های آزمودنی‌ها نشان داد که در گروه آزمایش ۶۸/۸٪ و در گروه کنترل ۸۰٪ آزمودنی‌ها زن هستند. در هر دو گروه ۵۰٪ افراد در طبقه متأهلین قرار دارند، در گروه آزمایش ۵۲٪ و در گروه کنترل ۲۷٪ از تحصیلات غیردانشگاهی برخوردار بودند.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیر سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	تعداد	حداقل سن	حداکثر سن	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
آزمایش	۱۶	۲۲	۶۰	۳۵/۷۵	۱۳/۱۹	۰/۲۷
کنترل	۱۵	۲۰	۶۹	۳۷/۵۳	۱۵/۵۳	

با توجه به جدول ۲ ملاحظه می‌شود که سن افراد گروه آزمایش از ۲۲ تا ۶۰ سال می‌باشد که میانگین آن‌ها ۳۵ سال است و سن افراد گروه کنترل از ۲۰ تا ۶۹ سال می‌باشد که میانگین آن‌ها ۳۷ سال است. با توجه به سطح معناداری $P=0/27$ تفاوتی از نظر سن میان آزمودنی‌های دو گروه وجود ندارد.

فرضیه اصلی پژوهش عنوان می‌دارد که «برنامه آموزش روان‌شناختی خانواده بر کاهش ابراز هیجان در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی تأثیر دارد». جهت آزمون این فرضیه، ابتدا نمرات پیش‌آزمون خرده‌مقیاس نظرات انتقادی و درگیری عاطفی شدید در گروه آزمایش و کنترل با آزمون مقایسه میانگین‌های مستقل مقایسه شدند. با توجه به تفاوت بین دو گروه به این‌که تفاوت میان دو گروه معنادار نبود، با گذاشتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان کوواریانس، پس‌آزمون در دو گروه با یکدیگر مقایسه شدند، که نتایج آن در جداول زیر به نمایش در آمده است.

جدول ۳: مقایسه نمره پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای

نظرات انتقادی و درگیری عاطفی شدید

خرده‌مقیاس	گروه	میانگین پیش‌آزمون	F	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	T	درجه آزادی	سطح معناداری
نظرات انتقادی	آزمایش	۱۷/۵۰	۱/۶۵	۰/۲۰	۰/۳۶	۰/۲۱	۲۹	۰/۸۳
	کنترل	۱۷/۱۳						
درگیری عاطفی شدید	آزمایش	۱۹/۶۲	۰/۵۰	۰/۴۸	۰/۶۲	۰/۳۴	۲۹	۰/۷۳
	کنترل	۱۹						

نتایج جدول ۳ مبین آن است که میانگین‌های دو گروه در پیش‌آزمون از لحاظ آماری معنادار نیستند. بنابراین با وجود تفاوت اندکی که میان میانگین‌های دو گروه در هر دو متغیر وجود دارد، می‌توان دو گروه را قبل از اعمال مداخله آموزش روان‌شناختی خانواده از لحاظ متغیرهای مورد بررسی مساوی در نظر گرفت ($p > 0.05$).

جدول ۴: خلاصه محاسبات تحلیل کوواریانس مربوط به نظرات انتقادی

منبع	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری
متغیر همپراش	۲۵۴/۸۷	۱	۲۵۴/۸۷	۶/۰۶	۰/۰۲
نمره پیش‌آزمون گروه	۸۴/۵۶	۱	۸۴/۵۶	۲/۰۱	۰/۱۶
خطا	۳۱۵/۷۶	۱	۳۱۵/۷۶	۷/۵۱	۰/۰۱
	۱۱۷۶/۷۷	۲۸			
کل اصلاح شده	۱۵۶۴/۹۶	۳۰			

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد اثر متغیر مستقل با حذف یا زدودن متغیر همپراش از لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($p < 0/05$ ، $F(1 و 28) = 7/51$)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش روان‌شناختی خانواده در گروه آزمایش بر نظرات انتقادی تأثیر داشته است.

جدول ۵: خلاصه محاسبات تحلیل کوواریانس مربوط به درگیری عاطفی شدید

منبع	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری
متغیر همپراش	۲۱/۷۶	۱	۲۱/۷۶	۰/۹۸	۰/۳۳
نمره پیش‌آزمون	۴۹۵/۲۹	۱	۴۹۵/۲۹	۲۲/۳۸	۰/۰۰۱
گروه	۲/۱۱	۱	۲/۱۱	۰/۰۹	۰/۷۶
خطا	۶۱۹/۵۳	۲۸	۲۲/۱۲		
کل اصلاح شده	۱۱۱۴/۸۳	۳۰			

همان‌گونه که در جدول ۵ مشخص شده است اثر گروه یا مداخله (آموزش روان‌شناختی خانواده) از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($p > 0/05$ ، $F(1 و 28) = 0/09$)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش روان‌شناختی خانواده در متغیر درگیری عاطفی شدید تغییری در گروه‌ها ایجاد نکرده است.

بحث

دیدگاه نظری غالب در مورد ارتباط میان مداخلات خانوادگی و ابراز هیجان این است که مداخلات خانواده منجر به کاهش ابراز هیجان شده و در نهایت عود بیماری را کاهش می‌دهند (مک فارلن و همکاران، ۱۹۹۵). نتایج بدست آمده در این مطالعه کاهش معناداری را در متغیر نظرات انتقادی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل نشان داد. این یافته همسو با مطالعه برتراندو و همکاران (۲۰۰۶) می‌باشد، که در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد میلان در خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پرداختند. آن‌ها مشاهده کردند خانواده‌هایی که در درمان شرکت کرده بودند (گروه آزمایش)، کاهش معناداری را در نظرات انتقادی نشان دادند و در پیگیری ۳۰٪ بیماران در این گروه دچار عود شدند، در حالی که در خانواده‌های که هیچ درمانی را دریافت نکرده بودند (گروه کنترل) تغییری در سطوح ابراز هیجان آن‌ها دیده نشد و در پیگیری ۶۲/۵٪ بیماران در این گروه دچار عود شدند. در مطالعات دیگر نیز نتایج مشابهی بدست آمد که نشان می‌دهد آموزش روان‌شناختی خانواده ابراز هیجان را در اعضای خانواده کاهش داده و منجر به کاهش عود در بیماران می‌شود (مک‌فارلن و همکاران، ۱۹۹۵؛ لف و همکاران، ۲۰۰۳؛ میکلویتز و همکاران، ۲۰۰۳).

در پژوهشی دیگر یاماموچی و همکاران (۲۰۰۶)، نیز به بررسی اثرات مستقیم الگوی کوتاه‌مدت آموزش روان‌شناختی خانواده (۴ جلسه) در مراقبان بیماران اسکیزوفرنیا پرداختند. پژوهش آن‌ها حاکی از آن بود که مداخله‌های روان‌شناختی هرچند کوتاه‌مدت، می‌تواند منجر به کاهش ابراز هیجان خانواده شود. هم‌چنین یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش میکلویتز و همکاران (۲۰۰۳) در بیماران دو قطبی مبنی بر بهبود مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله همخوانی دارد.

اما یافته دیگر پژوهش حاکی از عدم تغییر مؤلفه درگیری عاطفی شدید خانواده‌های بیماران در گروه آزمایش بود. در توجیه این یافته شاید بتوان با در نظر گرفتن مؤلفه‌های فرهنگی این نتیجه را مورد تبیین قرار داد. چرا که ابراز هیجان یک مؤلفه معتبر بین فرهنگی است و شیوع ابراز هیجان بالا از ۸٪ در مناطق روستایی هند تا ۶۷٪ در مناطق شهری آمریکا گسترش یافته است (کاوانا، ۱۹۹۲). ذکر این نکته بسیار اهمیت دارد که تعامل میان بیمار و به‌خصوص خانواده در فرهنگ‌های مختلف اهمیت بسیاری دارد. به‌عنوان نمونه در برخی از کشورهای شرقی از جمله چین افراد مجرد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنیا با والدین‌شان زندگی می‌کنند و الگوی والد - فرزندی هم‌چنان در این جوامع رایج می‌باشد، بنابراین در این کشورها برخلاف کشورهای غربی که استقلال و خودمختاری در کودکان تشویق می‌شود، پذیرش و قبول انتقاد والدین پذیرفته شده‌تر است (چنگ، ۲۰۰۲).

از طرفی به نظر می‌رسد آن‌چه که در فرهنگ غربی درگیری شدید عاطفی تلقی می‌شود در فرهنگ ایرانی بسیار رایج است (متقی‌پور و همکاران، ۲۰۰۱). در همین راستا بوگرا و مکنزی (۲۰۰۳) نیز معتقدند، مؤلفه درگیری عاطفی شدید که در ابراز هیجان بالا مطرح می‌گردد برخلاف کشورهای غربی، در فرهنگ شرقی آن مفهوم را ندارد. به‌طوری‌که در فرهنگ هندی، درگیری عاطفی شدید با بیمار نوعی هنجار فرهنگی محسوب می‌شود و اگر مراقبی چنین درگیری عاطفی را در رابطه با بیمار خود نشان ندهد، به‌عنوان نوعی کمبود در مراقبت تلقی می‌شود. بنابراین در فرهنگ‌های مختلف تمرکز متفاوتی بر روی انواع مؤلفه‌های ابراز هیجان صورت می‌گیرد. به‌طوری‌که در بافت فرهنگی هندوها، مادرها با پسران خود درگیری عاطفی شدید دارند که لزوماً اثر منفی بر سیر بیماری ندارد. هم‌چنین در میان یهودیان، نظرات انتقادی و درگیری عاطفی در مادران یک ویژگی فرهنگ وابسته محسوب می‌شود که نباید به‌عنوان نوعی آسیب تلقی گردد.

نتایج پژوهش اکاشا و همکاران (۱۹۹۴) نیز در مصر نشان داد که انتقاد یک مؤلفه پذیرفته‌شده در روابط بین‌فردی در فرهنگ مصری است و به خوبی عنصری از مراقبت را منعکس می‌کند. در حالی که درگیری عاطفی شدید در جوامع غربی نوعی آسیب تلقی می‌شود، چرا که از مرزهای فردیت عبور می‌کند (بر ضد فردیت و جایگاه خودمحور عمل می‌کند)، در فرهنگ‌های شرقی چنین روشی نرم و هنجار اجتماعی محسوب می‌شود.

از طرفی همان‌طور که تریاندیس (۱۳۸۳) معتقد است، در فرهنگ‌های جمع‌گرا هم‌چون کشور ما، گروه به عنوان واحد اصلی برداشت اجتماعی تلقی می‌شود. در این جوامع افراد در گروه و به واسطه شباهت در ویژگی‌های منسوب شده به آن‌ها شناخته می‌شوند. در مقابل در جوامع فردگرا، فرد واحد اصلی برداشت اجتماعی در نظر گرفته می‌شود، بنابراین در جوامع جمع‌گرا، درگیری عاطفی شدید قابل انتظار است چرا که افراد جزئی از گروه‌های اجتماعی بزرگ‌ترند و به واسطه گروه‌هایی که در آن هستند، شناخته می‌شوند (بوگرا و مکنزی، ۲۰۰۳).

با توجه به آن‌چه گفته شد، درگیری عاطفی شدید به دلیل نقش باورهای فرهنگی در شکل‌گیری آن، بسیار عمیق‌تر از مؤلفه‌های دیگر ابراز هیجان است و بنابراین تغییر آن نیازمند مرحله‌ای فراتر از آموزش است، به‌خصوص که در این پژوهش یک مداخله کوتاه‌مدت در طی ۶ جلسه به اجرا درآمد که بیشترین تمرکز آن بر روی نحوه ارتباط و برخورد با بیمار بود. از طرفی مؤلفه درگیری عاطفی شدید نسبت به نظرات انتقادی و خصومت حساسیت کمتری برای پیش‌بینی عود دارد (هامبیک، آدنهو، هرت، پیتس و استرم، ۲۰۰۲) که این نکته به خودی خود باعث می‌شود به لزوم تغییر این مؤلفه در فرهنگ ایرانی با تردید نگریسته شود و پاسخ به این تردید نیازمند مطالعات فرهنگی بیشتر در نمونه‌های بالینی و حتی نمونه‌های غیربالینی می‌باشد.

یادداشت‌ها

1. Critical comment
2. Hostility
3. Emotional over-involvement
4. Positive comments
5. Warmth
6. Family question are
7. Critical comments
8. Emotional over involvement
9. Cambered family interview

منابع

- تری یاندیس، ه. س. (۱۳۷۸). فرهنگ و رفتار اجتماعی (ترجمه ن. فتی). تهران: رسانش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۱۹۹۶)
- خدابخشی کولایی، آ. (۱۳۸۶). مقایسه اثر بخشی آموزش خانواده "الگوی مدیریت خانواده" و "روانی آموزشی مک فارلین" به مادران بیماران اسکیزوفرنیا جهت کاهش عود علائم بیماران، هیجان ابراز شده مادران و فشار روانی بر آن‌ها. پایان‌نامه دکترا، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- متقی‌پور، ی. (۱۳۸۴). برنامه آموزش روان‌شناختی خانواده. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، چاپ نشده.

- Bertrando, P., Cecchin, G., Clerici, M., Beltz, J., Milesi, A., & Cazzullo, C. (2006). Expressed emotion and Millan systemic intervention: A pilot study on families of people with a diagnosis of schizophrenia. *Journal of Family Therapy*, 28, 81-102.
- Bhugra, D., & McKenzie, K. (2003). Expressed emotion cross cultures. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 342-348.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Carr, A. (2006). *Family therapy: Concepts, process and practice* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Cheng, A. T. (2002). Expressed emotion: A cross-culturally valid concept? *British Journal of Psychiatry*, 181, 466-467.
- Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 5-20.
- Humbeck, G. V., Audenhove, C. V., Hert, M. D., Pieters, G., & Storms, G. (2002). Expressed emotion: A review of assessment instruments. *Clinical Psychology Review*, 22, 321-341.
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2006). Does expressed emotion need to be understood within a more systemic framework? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41: 50-55.
- Maj, M., & Sartorius, N. (2002). *Schizophrenia* (2nd ed.). Canada: John Wiley & Sons Ltd.
- Mcfarlane, W. R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., & Grilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: Four year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34(2), 127-144.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psycho-education and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 904-912.
- Mottaghipour, Y., Pourmand, D., Maleki, H., Davidian, L. (2001). Expressed emotion and the course of schizophrenia in Iran. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 195-199.
- Okasha, A., El-Akabawi, A., Snyder, K., Wilson, A. K., Youssef, I., & Dawla, A. S. (1994). Expressed emotion, perceived criticism and relapse in depression: A replication in an Egyptian community. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1001-1005.
- Penn, D. L., & Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of psychiatry*, 153, 607-617.
- Pharoah, F. M., Mari, J. J., Streiner, D. L. (1999). *Family interventions for people with schizophrenia (Cochrane review)*. The Cochrane Library, issue 4. Update software, Oxford, UK.
- Pitshel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The effect of family intervention on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 73-92.

- Weisman, A. G., Duarte, E., Koneru, V., Wasserman, S. (2006). The development of culturally informed, family-focused treatment for schizophrenia. *Journal of Family Process, 45*, 171-186.
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., & Hahlweg, K. (2002). The family questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research, 109*, 265-279.
- Yamaguchi, H., Takahashi, A., Takano, A., & Kojima, T. (2006). Direct effects of short term psycho-educational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry & Clinical Neuroscience, 60*, 590-597.
- Yang, L. H., & Pearson, V. J. (2006). Understanding families in their own context: Schizophrenia and structural family therapy in Beijing. *Journal of Family Therapy, 24*, 233-257.
- Yan, L. J., Hammen, C., Cohen, A. N., Daley, S. E., & Henry, R. M. (2004). Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients. *Journal of Affective Disorders, 83*, 199-206.

Archive of SID