

خانواده و اختلالات روانی

از فشار تحمیل شده بر خانواده‌ها تا توانمندسازی آنها

خانواده و اختلالات روانی

از فشار تحمیل شده بر خانواده‌ها تا توانمندسازی آنها

تألیف

نورمن سار توریوس

جولیان لف

خوان خوزه لویز-ایبور

ماریو ماج

احمد اوکاشا

مترجمان

دکتر احمد برجعلی

دکترای روان‌شناسی بالینی

دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر بیتا آجیل‌چی

دکترای روان‌شناسی عمومی

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران

محمد سلیمی

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

دانشگاه تهران





نورمن سارتوریوس... [و دیگران]؛

خانواده و اختلالات روانی

از فشار تحمیل شده بر خانواده‌ها تا توانمندسازی آنها

ترجمه: احمد برجعلی... [و دیگران]؛

فروست: ۴۴

ناشر: کتاب ارجمند با همکاری انتشارات ارجمند

صفحه‌آرا: پرستو قدیم‌خانی

مدیر هنری: احسان ارجمند

سرپرست تولید: پروین عبدی

ناظر چاپ: سعید خانکشلو

چاپ: سامان، صحافی: روشنگر

چاپ دوم، دی ۱۳۹۴، ۱۱۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۰۲۵-۵

این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

www.arjmandpub.com

عنوان و نام پدیدآور: خانواده و اختلالات روانی از فشار تحمیل شده بر خانواده تا توانمندسازی آنها / تألیف نورمن سارتوریوس... [و دیگران]؛ مترجمان احمد برجعلی، بیتا آجیل‌چی، محمد سلیمی.

مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۸۹.

مشخصات مطا‌هری: ۳۰۴ ص، وزیری.

عنوان اصلی Families and Mental Disorders: from

Burden to Empowerment, 2005.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۰۲۵-۵

موضوع: بیماران روانی - روابط خانوادگی

مؤلف: Sartorius, N م. ۱۹۳۵ -

مترجم: آجیل‌چی، بیتا، ۱۳۴۹، Bita

مترجم: سلیمی، محمد، ۱۳۵۶، Mohammad Salimi

مترجم:

ده‌بندی کنگره: ۱۳۸۹ خ ۲/خ ۴/ RC ۴۵۵

رده‌بندی دیویی: ۳۶۲/۲۰۴۲

شماره کتابشناسی ملی: ۲۲۱۱۷۳۴

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن: ۸۸۹۸۲۰۴۰

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن: ۰۱۳-۳۳۳۳۲۸۷۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن: ۰۱۱-۳۲۲۲۷۷۶۴

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱-۸۰۲۰۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن: ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۲۰۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰ ۱۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرد:

ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک

ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک

ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

فهرست

سخن مترجمان	۷
پیش‌گفتار	۹
فصل ۱ - خانواده افراد مبتلا به اسکیزوفرنی	۱۱
فصل ۲ - خانواده افراد مبتلا به زوال عقل	۳۴
فصل ۳ - خانواده افراد مبتلا به افسردگی شدید	۶۱
فصل ۴ - خانواده افراد مبتلا به اختلال دوقطبی	۷۵
فصل ۵ - خانواده افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی شدید	۹۳
فصل ۶ - خانواده افراد مبتلا به اختلال خوردن	۱۲۱
فصل ۷ - خانواده کودکان مبتلا به اختلال روانی	۱۳۴
فصل ۸ - خانواده افراد مبتلا به سوءمصرف دارو	۱۶۸
فصل ۹ - نقش سازمان‌های خانوادگی در مراقبت از سلامت روان	۱۹۹
فصل ۱۰ - پژوهش در مورد فشار تحمیل‌شده و راهبردهای مقابله‌ای در خانواده‌های افراد مبتلا به اختلالات روانی: مشکلات و چشم‌اندازها	۲۲۱
فصل ۱۱ - پژوهش در مورد مداخلات خانوادگی مربوط به بیماری‌های روانی: مشکلات و دیدگاه‌ها	۲۳۹
فصل ۱۲ - از فشار تحمیل‌شده تا توانمندسازی: مسیر مراقبان خانوادگی در هند	۲۶۰
واژه‌نامه	۲۹۳

سخن مترجمان

اختلالات روانی نه تنها سبب ناکارآمدی بیماران روانی می‌شوند، بلکه خانواده‌های آنها را نیز به شدت تحت تأثیر قرار داده و عملکرد آنها را مختل می‌سازند. این تأثیرگذاری در ابعاد مختلفی همچون سلامت روان و عملکرد اجتماعی و اقتصادی قابل مشاهده بوده و در مجموع، بهزیستی خانواده را کاهش داده و فشار زیادی بر آن تحمیل می‌کند. به نظر می‌رسد این اختلالات با گسترش زندگی صنعتی و تنش‌های فزاینده ناشی از آن، به شدت افزایش یافته و اثرات مخرب فردی، خانوادگی و اجتماعی به دنبال داشته باشند. از این رو، می‌توان گفت اختلالات روانی و فقدان سلامت روان، یکی از دغدغه‌های خانواده‌های درگیر آن و مسئولین حوزه سلامت روان در جامعه تلقی می‌شود.

مطالعه رابطه خانواده‌ها و اختلالات روانی از دو بعد درمان بیماران و افزایش سلامت روان خانواده‌ها حائز اهمیت است. با توجه به نقش مهم خانواده در درمان اختلالات روانی، لازم است وضعیت خانواده در مورد هر یک از اختلالات روانی به شکل مستقل مورد بررسی قرار گیرد. در سال‌های اخیر، ترکیب روش‌های درمانی مختلف و ایجاد درمان‌های تلفیقی، توجه متخصصین سلامت روان را به خود معطوف ساخته است. یکی از مهمترین درمان‌هایی که نتایج چشمگیری به همراه داشته است، شامل توأم شدن آموزش خانواده با درمان بیمار و نگرش سیستمی و نظام‌مند در مورد بیمار و خانواده می‌شود. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد خانواده‌های آموزش دیده، از لحاظ عملکرد و نگرش نسبت به بیمار و بیماری، پیش‌آگهی بیماری و مراقبت و توان‌بخشی بیماران روانی، نسبت به خانواده‌هایی که آموزش ندیده‌اند وضعیت مناسب‌تری دارند.

هنگامی که یکی از اعضای خانواده دچار اختلال روانی می‌شود، همه اعضای خانواده به نوعی درگیر بیماری و پیامدهای آن می‌شوند و فشار زیادی بر آنها تحمیل می‌شود. با توجه به رابطه تنگاتنگ بیمار و خانواده، لازم است وضعیت خانواده‌های دارای بیمار روانی مورد بررسی قرار گرفته و راهکارهای مناسب کاهش فشار مشخص شود. از آنجا که بیماری‌های گوناگون دارای پیامدهای مختلفی هستند، بهتر است بیماری‌های روانی و اثرات آن بر خانواده به تفکیک و بر اساس شواهد پژوهشی مورد بررسی قرار گیرند.

نویسندگان این کتاب تلاش کرده‌اند برخی از اختلالات روانی عمده و اثرات آنها را بر خانواده مورد مطالعه قرار دهند. در هر فصل علاوه بر معرفی اختلال، پژوهش‌های متعدد مربوط به نحوه رهایی خانواده‌ها از فشار ناشی از مراقبت از بیماران ارائه شده است. در هر یک از فصل‌های اول تا هشتم، به ترتیب خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، زوال عقل، افسردگی شدید، اختلال دوقطبی، اختلالات اضطرابی شدید، اختلال خوردن، خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلالات روانی و همچنین، خانواده‌های افراد مبتلا به سوء‌مصرف دارو بررسی شده و فشار تحمیل شده بر آنها و پژوهش‌های مرتبط مورد مطالعه قرار می‌گیرند. در فصل نهم، نقش سازمان‌های خانوادگی در مراقبت از سلامت روان مطرح شده و قابلیت این سازمان‌ها در کاهش فشار تحمیل شده بر خانواده‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد. در فصول ۱۰ و ۱۱ نیز پژوهش‌های مربوط به فشار تحمیل شده بر خانواده و

مداخلات مربوط به اختلالات روانی عنوان می‌شود. در فصل ۱۲، توانمندسازی خانواده‌های بیماران روانی و مراقبان این بیماران که تحت فشار هستند، در کشور هند مورد توجه قرار می‌گیرد. از آنجا که در کشور ما، با توجه به وضعیت فرهنگی، اعتقادی و باورهای دینی، خانواده‌ها مراقبان اصلی بیماران را تشکیل می‌دهند، فشار فزاینده‌ای بر آنها تحمیل می‌شود. از این رو، ارائه خدمات آموزشی و حمایتی بیشتر به آنها ضروری تلقی می‌شود. کمبود منابع فارسی در زمینه رابطه خانواده‌ها و اختلالات روانی، انگیزه ترجمه کتاب حاضر را که تا حدودی نقش درمانگر و خانواده را در افزایش توانمندی بیمار و سازگاری وی با اختلالات روانی مشخص می‌کند، فراهم نمود. امید است این کتاب برای روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مشاوران، خانواده‌های بیماران روانی و پژوهشگرانی که به این حوزه علاقه‌مند هستند، مفید بوده و گامی به سمت افزایش سلامت روان بیماران روانی و خانواده‌های آنها باشد.

در ترجمه این کتاب که بارها مورد ویرایش و بازبینی قرار گرفته، رعایت امانت در انتقال مطالب، روان بودن و استفاده از واژه‌های معمول و مصطلح مد نظر بوده است. مایه امتنان است که نقد صاحب‌نظران گرامی موجبات تجدیدنظر در برخی عبارات و اصلاحات مرتبط در چاپ دوم کتاب را سبب شد. امید است این اثر بتواند یاریگر خانواده‌هایی باشد که دارای عضو نیازمند مراقبت هستند. لازم است بدینوسیله از عنایت مدیر مسئول محترم انتشارات وزین ارجمند، جناب آقای دکتر ارجمند که با توجه خود، زمینه انتشار این اثر را فراهم نمودند، نهایت تشکر و قدردانی به عمل آید.

دکتر احمد برجعلی

دکتر بیتا آجیل‌چی

محمد سلیمی

پیش‌گفتار

حضور در خانواده دارای یک عضو مبتلا به اختلال روانی شدید، اغلب فشار عینی و ذهنی عمده‌ای را بر سایر اعضای خانواده (به خصوص، افرادی که نقش مراقبتی را بر عهده دارند) تحمیل می‌کند. میزان این فشار به چندین عامل بستگی دارد که عبارت‌اند از سن و جنس بستگان بیمار، کیفیت رابطه پیش از بیماری آنها با بیمار، ماهیت مشکلات بیمار، راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده بستگان، ارزیابی بستگان از موقعیت و نحوه ادراک بیماری، حمایت هیجانی و عملی در دسترس خانواده و متغیرهای فرهنگی و قومی. یکی از مؤلفه‌های مهم فشار تحمیل‌شده بر خانواده، پیامدهای انگ‌های همراه با بیماری روانی است. انگ زدن به افراد نزدیک بیمار محدود نمی‌شود و در طول نسل‌ها گسترش یافته و به بخش‌های بزرگتری از خانواده تسری می‌یابد. فشار تجربه شده توسط اعضای خانواده، نه تنها می‌تواند بهزیستی روانی و جسمی آنها را تحت تأثیر قرار دهد، بلکه بر سیر بیماری نیز اثر می‌گذارد. در رابطه با این تأثیرگذاری، در مورد بیماری اسکیزوفرنی شواهد فراوانی وجود دارد.

در گذشته، خانواده بیماران مبتلا به یک بیماری روانی شدید، اغلب به دلیل این بیماری مورد سرزنش قرار می‌گرفتند و عمداً از برنامه درمانی حذف می‌شدند. امروزه این امر به ندرت روی می‌دهد، ولی مراکز خدمات مربوط به سلامت روان، همیشه مشکلات هیجانی و عملی تجربه شده توسط بستگان افراد مبتلا به بیماری روانی شدید را مورد توجه قرار نمی‌دهند. همیشه اطلاعات کافی در مورد شرایط بیمار و نحوه مواجهه با آن در اختیار خانواده قرار نمی‌گیرد. به رغم شواهد پژوهشی که نشان می‌دهند مداخلات مبتنی بر خانواده، اثر مثبتی بر برخی از اختلالات روانی دارند، مشارکت خانواده‌ها در برنامه‌های مداخلاتی ساختاریافته، همچنان به ندرت مشاهده می‌شود. گروه‌های خودیاری مبتنی بر حمایت متقابل، معمولاً به وسیله سازمان‌های خانوادگی ایجاد شده‌اند و هنوز به شکل وسیع موجود نیستند. بر خلاف شواهدی که نشان‌دهنده مفید بودن این گروه‌های خودیاری است، خانواده‌های معدودی در آنها حضور می‌یابند. امکانات قانونی حمایت‌کننده از خانواده‌ها بسیار محدود هستند و مراکز خدمات مربوط به سلامت و مراکز اجتماعی، معمولاً امکانات خاصی برای کار کردن با خانواده‌های افراد مبتلا به بیمار روانی و حمایت از آنها در اختیار ندارند.

این کتاب، آنچه را که در یکی از فصل‌ها به عنوان «حرکت خانواده‌ها از فشار تحمیل‌شده به سمت توانمندسازی» مطرح شده، به تصویر می‌کشد. هم‌اکنون، این حرکت در برخی از کشورها در حال اجرا است. در این کتاب ابعاد گوناگون فشار تحمیل‌شده بر خانواده و همچنین، پیامدها مثبت احتمالی مراقبت از فرد مبتلا به بیماری روانی شدید از لحاظ رشد نگرش‌ها و مهارت‌های فردی، افزایش اعتماد به خود^۱ و تقویت پیوندهای خانوادگی بررسی می‌شود. همچنین، متغیرهایی که در فشار تحمیل‌شده بر خانواده نقش دارند مطرح شده‌اند (همانند تمرکز اجتماعی بر راهبردهای مقابله‌ای بستگان، ارزیابی و ادراک بیماری) و مداخلات مبتنی بر خانواده در مورد اختلالات روانی مختلف (از جمله شواهد مربوط به اثربخشی آنها، موانع تکمیل آنها و مشکلات روش‌شناختی پژوهش‌های مرتبط) مورد مطالعه

قرار گرفته‌اند. وضعیت پیشرفت‌های اخیر سازمان‌های خانوادگی در کشورهای توسعه یافته و در کشورهای در حال توسعه نیز به اختصار بیان شده است.

یک ویژگی متمایز این کتاب، تمرکز آن بر روی شایع‌ترین اختلالات روانی است که به ندرت در این بافت خاص مورد توجه قرار گرفته‌اند (همانند اختلالات اضطرابی، اختلالات خوردن و اختلالات روانی مربوط به دوره کودکی). همچنین، سوءمصرف مواد که یک حوزه مغفول در میان مشکلات خانوادگی است، مورد توجه قرار گرفته است.

امید است این کتاب در حساس کردن روان‌پزشکان و کلیه متخصصان حوزه سلامت روان نسبت به جنبه‌ای از مراقبت از سلامت روان که برای مدت‌های طولانی مورد غفلت قرار گرفته است، نقش داشته باشد. همچنین، این کتاب به دنبال بهبود کیفیت زندگی بیماران و همه افرادی است که در مراقبت از آنها مشارکت دارند.

نورمن سارتوریوس

جولیان لف

خوان خوزه لوپز - ایبور

ماریو ماج

احمد اوکاشا

فصل ۱

خانواده افراد مبتلا به اسکیزوفرنی

کریستین باروکلو^۱

مقدمه

خانواده‌ها در حمایت از افراد مبتلا به بیماری‌های روانی بلندمدت^۲ نقش اساسی در جامعه ایفا می‌کنند. این حمایت در شبکه‌های اجتماعی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی بسیار حائز اهمیت است (۱). بیش از ۶۰ درصد افرادی که اولین دوره اختلال روانی را تجربه می‌کنند، به زندگی با خویشاوندانشان^۳ بازمی‌گردند (۲). به نظر می‌رسد این مراجعه در دفعات بعدی تجربه بیماری‌های روانی، حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد کاهش می‌یابد (۳). غالباً نقش مراقب بدون مشکل نیست و ممکن است با فشار^۴ فردی قابل توجهی همراه باشد. در اختلال اسکیزوفرنی، بسیاری از اعضای خانواده در نتیجه نقش مراقبتی خود، استرس^۵ و فشار ذهنی^۶ زیادی را تجربه می‌کنند. این استرس نه تنها بر بهزیستی^۷ خویشاوندان و قابلیت آنها در حمایت و مراقبت بلندمدت از بیمار اثر می‌گذارد، بلکه ممکن است بر سیر بیماری و وضعیت مراجع اثر منفی داشته باشد. در این فصل، پژوهش‌های مربوط به اثر اختلال اسکیزوفرنی بر خانواده‌ها و همچنین، اثر استرس خانواده بر پیامد^۸ بیماری بررسی می‌شود. سپس زمینه ایجاد مداخلات خانوادگی^۹ در اسکیزوفرنی بیان شده و خلاصه یافته‌های پژوهشی مربوط به این مداخلات مطرح می‌گردد. در پایان نیز، حوزه‌های مهم پژوهش‌های آتی معرفی می‌شوند.

اثر اسکیزوفرنی بر خانواده‌ها

تقریباً یک‌درصد جمعیت جهان در طول زندگی خود از بیماری اسکیزوفرنی^{۱۰} رنج می‌برند. این اختلال معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی روی می‌دهد. اسکیزوفرنی با دامنه‌ای از نشانه‌ها مشخص می‌شود. گرچه این اختلال تظاهرات بالینی بسیار متعددی دارد، ولی به طور معمول با اختلال

1. Christine Barrowclough

3. Relatives

۵-Stress. این کلمه به معنی فشار روانی یا تنش روانی است، ولی در اینجا به دلیل نزدیک بودن این ترجمه به معنی کلمه burden

(فشار)، استرس آمده است.

6. Subjective burden

8. Outcome

10. Schizophrenia

2. Long-term Mental illness

4. Burden

7. Well-being

9. Family interventions

شدید در عملکرد^۱ همراه است. نخست، ممکن است رفتارهای آشفته در این اختلال با تفکر هذیانی، اختلال در تفکر و توهم همراه باشند. گرچه این نشانه‌ها به وسیله درمان‌های دارویی قابل کنترل هستند، ولی طول دوره اختلال غالباً به وسیله عودها یا تشدید پدیده‌های روانی مشخص می‌شود. تقریباً یک سوم بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، علی‌رغم وجود درمان‌های دارویی مناسب، نشانه‌های مثبت را که مقاوم هستند تجربه می‌کنند (۴). همچنین، نقایص بلندمدت که به عنوان علت نشانه‌های منفی شناخته می‌شوند، در عملکرد این بیماران مشاهده می‌شود. نشانه‌های منفی عبارتند از کاهش شدید فعالیت^۲، خمودی، انگیزه ضعیف، کندی روانی عمومی^۳، هیجانان محدود^۴ و مشکلات بین فردی مشخص. به دلیل مشکلات گسترده این بیماری، بستگان نزدیک این بیماران (همانند والدین یا همسر) با مسائل هیجانی و اقتصادی متعدد بیمار روبرو هستند. ممکن است این خواسته‌ها طی یک دوره طولانی وجود داشته باشند و همیشه امکان کمک و حمایت فراهم نباشد.

احتمال دارد تحت چنین شرایطی، منابع اعضای خانواده به شدت تغییر کند. تعجب‌آور نیست که اختلال فوق، بر بسیاری از مراقبان اثرات منفی متعددی به شکل آشفتگی فردی و فشار تحمیل نماید.

آشفتگی و فشار تحمیل‌شده در خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

یکی از روش‌های بررسی اثر بیماری روانی بر خانواده‌ها، تحت عنوان «فشار» مطرح شده است. این مفهوم دارای دو بعد عینی و ذهنی است (۵). فشار عینی^۵ به وسیله دیگران قابل مشاهده بوده و اثرات قابل اندازه‌گیری بر خانواده دارد، در حالی که فشار ذهنی، ادراک خویشاوندان از اثر مراقبت است. شن و همکاران^۶ (۶) معتقدند فشار عینی، درخواست‌های مراقبتی اضافی^۷ بوده و بر بستگان تحمیل می‌شوند (برای نمونه، کمک کردن، نظارت و حمایت مالی). این فشار وقفه فعالیت‌های بستگان را به همراه دارد. برای نمونه، آنها را از کار کردن، ایفای نقش‌های اجتماعی یا انجام فعالیت‌های تفریحی بازمی‌دارد. در مقابل، فشار ذهنی به تجربیات و پاسخ‌های هیجانی مراقب اطلاق می‌شود.

پژوهش‌های زمینه‌یابی^۸ متعدد نشان می‌دهد آشفتگی و فشار همراه با مراقبت از یک عضو خانوادگی مبتلا به بیماری روانی بسیار زیاد است. با این حال، چاکرابارتی و کولهارا^۹ (۷) در یک مطالعه مقایسه‌ای که بر روی بیماران مختلف (اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی) انجام دادند، نمرات میانگین^{۱۰} فشار عینی را در خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بیشتر از گروه‌های دیگر گزارش نمودند. برخی مطالعات اثر منفی بیماری اسکیزوفرنی بر خانواده‌ها را تأیید کرده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد ۳۰ تا ۶۰ درصد مراقبان بیماران اسکیزوفرنی، بر اساس مقیاس‌های خودسنجی همانند پرسشنامه سلامت عمومی^{۱۱} (برای نمونه، ۸ تا ۱۲)، از آشفتگی شدیدی رنج می‌برند. این سطوح آشفتگی، بالاتر از میزانی است که در مورد جمعیت عمومی انتظار می‌رود و به نظر می‌رسد با تقاضاهای مربوط به نقش مراقبتی رابطه داشته باشد.

1. Function
3. General mental slowing
5. Objective burden
7. Additional caring demands
9. Chakrabarti & Kulhara
11. General Health Questionnaire (GHQ)

2. Underactivity
4. Restricted emotion
6. Schene et al.
8. Surveys
10. Mean scores

مطالعات متعدد به دنبال آن دسته از عوامل نشانه‌های بیمار بوده‌اند که سطوح بالای فشار در خویشاوندان را پیش‌بینی نمایند، ولی یافته‌های مربوط به این مطالعات ناهمسان هستند. برخی مطالعات نشانه‌های مثبت را مشکل‌ساز گزارش کردند (۱۳، ۱۴)، در حالی که سایر مطالعات نشان دادند هم نشانه‌های مثبت و هم نشانه‌های منفی با فشار رابطه دارند (۱۵). واضح است که امکان دارد تفاوت یافته‌ها، ناشی از تفاوت نمونه‌ها و اندازه‌گیری‌ها باشد (۱۶). مشکل دیگر اینکه، هنگامی که گزارش‌های خویشاوندان بیمار در مورد فشار عینی مورد استفاده قرار می‌گیرد، تمایز میان فشار ذهنی و عینی مبهم است (۱۷). با این وجود، در مورد ارتباط فشار و آشفتگی با نشانه‌های غیرروان‌پزیشانه^۱ از قبیل کاهش فعالیت (رخوت) (۱۸) و نشانه‌های منفی (۲۱-۱۹)، رفتارهای ضد اجتماعی و نامناسب (۲۱، ۲۲) و آشفتگی‌های خلقی (۲۲، ۲۳) حمایت قابل توجهی وجود دارد. فادن و همکاران^۲ (۲۰) معتقدند گرچه ممکن است نشانه‌های مثبت، همانند هدیان‌ها^۳ و توهمات، منجر به ایجاد مشکلاتی شوند، ولی برخلاف نشانه‌های منفی، اغلب مواقع وجود ندارند. به نظر می‌رسد بخش اعظم رفتارهای نامطلوب از نشانه‌های منفی نشأت می‌گیرند. با این حال، پراونچر و موزر^۴ (۲۲، ۲۴) عقیده دارند نشانه‌های مثبت تنها به میزان اندکی بر عملکرد نقش^۵ در خانواده اثر می‌گذارند.

گرچه ممکن است برخی نشانه‌ها با احتمال بیشتری موجب بروز مشکلاتی برای اعضای خانواده شوند، ناهمسانی‌های موجود در یافته‌های پژوهشی نیز می‌تواند نشان‌دهنده ماهیت خاص مشکلات در بافت موقعیت‌های مقابله‌ای پیچیده باشد. قطعاً فقدان رابطه مستقیم میان شدت نشانه‌ها و پریشانی بستگان بیمار (۲۷-۲۵) نشان می‌دهد آشفتگی می‌تواند تحت تأثیر پاسخ‌های اعضای خانواده قرار گیرد. برخی مطالعات، پاسخ‌های مقابله‌ای را در رابطه با وضعیت خویشاوندان بررسی کرده‌اند. برای نمونه، بیرچوود و کاجرین^۶ (۸) سبک‌های مقابله‌ای^۷ متفاوت را در خویشاوندان بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی بررسی کرده و دریافتند سبک‌های مقابله‌ای گسترده، همسو با رفتارهای مختلف بیمار به کار گرفته می‌شوند. «سبک مقابله‌ای نادیده گرفتن/ پذیرفتن»^۸، با «فشار» کمتر و سبک «آشفته»^۹ (بسیاری از راهبردهای فاقد همسانی یا سبک روشن) با پریشانی بیشتر رابطه داشت. با این حال، این پژوهشگران معتقدند سبک‌های مقابله‌ای، تا حدی با سطح عملکرد بیمار رابطه دارد. برخی مطالعات نشان دادند مقابله هیجان‌مدار^{۱۰}، به خصوص اجتناب^{۱۱}، با پریشانی بیشتر در خویشاوندان رابطه دارد (برای نمونه، ۲۵، ۲۸، ۲۹).

فرایندهای مربوط به ارزیابی و مقابله در خانواده‌ها

یکی از نظریه‌های غالب^{۱۲} در مورد سبک‌های مقابله‌ای، الگوی تبدیلی^{۱۳} لازاروس و فولکمن^{۱۴} است

1. None-psychotic
3. Delusions
5. Role functioning
7. Coping styles
9. Disorganized
11. Avoidance
13. Transactional model

2. Fadden et al.
4. Provencher & Mueser
6. Birchwood & Cochrane
8. Ignore/Accept style
10. Emotion-focused Coping
12. Dominant
14. Lazarus & Folkman

(۳۰). این نظریه از پژوهش‌های صورت گرفته بر روی مراقبان بیماران مبتلا به زوال عقل^۱ به دست آمده است (۳۱). الگوی فوق، ارزیابی^۲ افراد از موقعیت‌های مطالبه‌کننده را به عنوان واسطه‌های میان پاسخ‌های رفتاری و عاطفی^۳ مورد تأکید قرار می‌دهد. این ارزیابی‌ها به قضاوت‌های ارزشیابی‌کننده^۴ افراد در مورد عوامل استرس‌زا مربوط می‌شوند و ممکن است به دو شکل اولیه (ادراک فرد از میزان تهدیدکننده بودن و نگران‌کننده بودن موقعیت‌ها برای وی) و ثانویه (ارزیابی فرد از منابع مقابله‌ای خود) مطرح باشند. از این رو، طبق نظریه لازاروس و فولکمن، وقتی یکی از بستگان موقعیت‌های مربوط به بیماری روانی را مشکل‌ساز و تهدیدکننده تلقی نموده و احساس کند منابع مقابله با این وضع را ندارد، به احتمال زیاد پریشان و آشفته خواهد شد. پژوهش‌های اخیر که چارچوب الگوی تبادل را در رابطه با خویشاوندان بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی به کار گرفته‌اند، نشان داده‌اند فرآیندهای ارزیابی، واسطه ارتباط میان عوامل بیماری و پاسخ‌های مراقب هستند (۱۱، ۲۱، ۲۵). این مطالعات با استفاده از مقیاس‌های مستقل نشانه‌های بیمار نشان داده‌اند فشار و آشفتگی تجربه شده توسط خویشاوندان، بیشتر به ارزیابی آنها از مشکلات بیمار بستگی دارد تا خود مشکلات. با این حال، ممکن است برخی مشکلات مربوط به اسکیزوفرنی (برای نمونه، نشانه‌های منفی) موجب شود ارزیابی‌ها چالش‌انگیز شوند یا میزان نشانه‌های بالینی با رفتار بیمار در بافت‌های غیربالینی متناسب نباشند (۳۲).

برخی مطالعات به منظور فهم پاسخ‌های خویشاوندان به اسکیزوفرنی، بر یک ارزیابی خاص متمرکز شده‌اند (نوعی از تبیین‌ها یا اسنادهای علی^۵ که خویشاوندان در مورد رفتارهای مبهم مرتبط با اسکیزوفرنی ارائه می‌کنند) (برای مطالعه بیشتر به منبع شماره ۳۳ مراجعه کنید). گرچه این ارزیابی‌ها در نحوه پاسخ خویشاوندان به بیمار نقش مهمی دارند (برای توضیح بیشتر به بخش مربوط به هیجان ابراز شده مراجعه شود) یکی از پژوهش‌ها نشان داد اسنادهای سرزنش خود^۶، آشفتگی روانی را در خویشاوندان پیش‌بینی می‌نماید (۳۴). به منظور فهم نحوه پاسخ افراد به نزدیکان بیمار خود (که دچار بیماری روانی شدید هستند) و آگاهی از تنوع این پاسخ‌ها، افزایش مطالعه شناخت‌های خویشاوندان در مورد بیماری روانی مفید است. در حوزه سلامت جسمی، نقش فرآیندهای شناختی در سازگاری افراد با مشکلات مربوط به سلامت خود، به میزان زیادی پذیرفته شده است. قابل توجه‌ترین چارچوب نظری سازگار با این مطالعه، الگوی خودتنظیمی^۷ لونتال و همکاران^۸ است (۳۵، ۳۶). به نظر می‌رسد بازنمایی بیماری افراد یا الگوهای بیماری، بر مؤلفه‌های متمایزی همانند هویت، علت، خط سیر، تبعات بیماری و میزان کنترل‌پذیری استوار است (برای مطالعه بیشتر به منبع شماره ۳۷ مراجعه کنید). این بازنمایی‌ها دارای تلویحات هیجانی، رفتاری و مقابله‌ای هستند و با وضعیت سلامت رابطه دارند (۳۹-۳۷). تصور می‌شود بازنمایی‌های بیماری، تلویحات مهمی برای پاسخ‌های افراد به بیماران، به خصوص بیماران روانی داشته باشد (۴۰). مطالعه مقدماتی باروکلو و همکاران (۲۶)، استفاده از این الگو را در بافت خویشاوندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با استفاده از پرسشنامه ادراک بیماری^۹ مورد حمایت قرار داد (۴۱). همانند مطالعات قبلی، بین میزان عملکرد مراقب (که با استفاده از مقیاس‌های پریشانی و

1. Dementia

3. Affective

5. Causal attributions

7. Self-regulation model

9. Illness Perception Questionnaire (IPQ)

2. Appraisal

4. Evaluative judgements

6. Self-blaming

8. Leventhal et al.

فشار به دست آمد) و عملکرد بیمار، رابطه اندکی وجود داشت. با این حال، خویشاوندانی که پیامدهای منفی‌تری را برای بیمار متصور بودند، آشفستگی و فشار ذهنی بیشتری داشتند. برای پیش‌بینی الگوی تبادلی، ارزیابی مشکلات تحت تأثیر ادراک‌های مربوط به تعداد و کارآمدی منابع فرد برای مدیریت مشکلات نیز قرار دارد. در یک مطالعه طولی اروپایی^۱ که در مورد فشار خانواده و مقابله در طول زمان انجام گرفت (۲۹)، کاهش فشار خانواده در بستگانی که کمتر از راهبردهای هیجان‌مدار^۲ استفاده می‌کردند و حمایت‌های عملی بیشتری از شبکه اجتماعی خود دریافت می‌نمودند مشاهده شد. بنابراین، شواهد نشان می‌دهد راه‌های چندگانه‌ای برای یاری‌رسانی به خویشاوندان به منظور کاهش آشفستگی و فشار وجود دارد. این شیوه‌ها شامل تغییر ارزیابی‌های تهدیدکننده از تجربه بیماری (که ممکن است شامل کمک‌رسانی برای بهبود شرایط بیمار شود) و افزایش اطمینان خویشاوندان در مدیریت مشکلاتشان به وسیله راهبردهای خودشان یا دریافت حمایت از دیگران می‌شوند. با وجود این، بخش بعدی این فصل نشان می‌دهد تلاش‌های اندکی برای ایجاد مداخلات خانوادگی جهت بهبود وضعیت مراقب صورت پذیرفته و نتایج پژوهش‌های اندک موجود نیز نتایج ناامیدکننده‌ای داشته‌اند. به نظر می‌رسد علی‌رغم حجم مطلوب پژوهش‌ها، هنوز در مراحل ابتدایی شناسایی بهترین شیوه کمک به بستگان بیمار، جهت حفاظت از بهزیستی آنها قرار داریم.

اثر مداخلات خانوادگی بر اسکیزوفرنی

واضح است که بسیاری از خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در نقش مراقبتی خود استرس قابل توجهی را تجربه می‌کنند. گرچه پژوهشگران اثر چنین استرس‌هایی را بر بهزیستی خویشاوندان بیمار و کاهش توانایی مراقبت از بیمار مورد تأیید قرار داده‌اند، ولی اکثر پژوهش‌های خانوادگی مربوط به اسکیزوفرنی، بر اثر خانواده بر روان‌پریشی^۳ متمرکز بوده‌اند.

نظریه‌هایی که فرضیه وجود رابطه میان محیط خانوادگی و ایجاد اسکیزوفرنی را مطرح کرده‌اند تاریخچه‌ای طولانی دارند. در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰، پژوهشگرانی از قبیل باتسون، لیدز و لاینگ^۴، الگوهای مختلف خانوادگی، همانند ساختار، تعاملات و ارتباطات خانواده را مطرح کرده و اعتقاد داشتند این عوامل باعث ایجاد اسکیزوفرنی می‌شوند (۴۲). پژوهش‌های انجام شده این نظریه‌های مربوط به آسیب‌شناسی خانواده را تأیید نکردند. با اینکه هم‌اکنون این نظریه‌ها تا حد زیادی فاقد اعتبارند، ولی هنوز برخی از آنها مطرح هستند. هاتفیلد و همکاران^۵ (۴۳) معتقدند ممکن است این پیام‌های سرزنش‌آمیز در مورد خانواده‌ها، باعث پریشانی آنها شود.

پژوهش‌های مربوط به هیجان ابراز شده

در طول سی سال گذشته، پژوهش‌های مربوط به اثرات محیط خانوادگی بر سیر اختلال اسکیزوفرنی^۶ اغلب با مطالعه هیجان ابراز شده^۷ (EE) مترادف بوده است. هیجان ابراز شده به سازه‌ای^۸ اطلاق

1. Longitudinal European study
3. Psychosis
5. Hatfield et al.
7. Expressed Emotion (EE)

2. Emotion-focused strategies
4. Bateson, Lidz & Laing
6. Course of schizophrenia
8. Construct

می‌شود که چند بعد مهم روابط نزدیک بین‌فردی را در بر می‌گیرد. این هیجان‌نگرش‌های انتقادی^۱، خصمانه^۲ یا نگرش‌های مربوط به درگیری مفرط هیجانی^۳ (EOI) یک عضو خانواده را نسبت به یکی از بستگان بیمار خود منعکس می‌نماید. مفهوم هیجان ابراز شده در اصل به منظور ارزیابی وضعیت هیجانی خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی ارائه شده (۴۴) و هم‌اکنون همانند سایر مؤلفه‌های روان‌پزشکی عامل پیش‌بینی‌کننده معتبری برای پیامد بالینی نامطلوب این اختلال و همچنین، سایر اختلالات روانی است (۴۵). مطالعات بسیاری نشان می‌دهند در خانواده‌های دارای سطح بالای هیجان ابراز شده، میزان عود بالا بوده و پیامد بیماری در اختلال اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانی منفی خواهد بود. بر خلاف آنچه که ممکن است به نظر آید، هیجان ابراز شده میزان ابراز هیجان نیست، بلکه میزان انتقادی و خصمانه بودن اعضای خانواده در مورد یک عضو دیگر را نشان می‌دهد یا بیانگر روشی است که حاکی از درگیری هیجانی افراطی باشد. این نگرش‌ها به وسیله مصاحبه نیمه ساختاریافته^۴ «مصاحبه خانوادگی کمبرول»^۵ اندازه‌گیری می‌شود (۴۶). انجام این مصاحبه معمولاً بین یک تا دو ساعت به طول می‌انجامد. این مصاحبه ضبط شده و بر اساس تعدادی از ابعاد و با استفاده از راهنماهای عملیاتی^۶ نمره‌گذاری می‌شود.

انتقادگری^۷ عبارت است از توضیحاتی در مورد رفتار یا خصوصیات فرد (بیمار) که موجب رنجش^۸ و خشم وی می‌شود. خصومت بر اساس اینکه آیا انتقادهای تعمیم یافته یا نگرش‌های مطرح شده، بیمار را طرد می‌کنند یا نه اندازه‌گیری می‌شود. نمره درگیری مفرط هیجانی از عواملی همانند پاسخ هیجانی مبالغه‌آمیز^۹، رفتار مزاحم یا از خودگذشتگی^{۱۰} و همانندسازی مفرط^{۱۱} با بیمار تشکیل شده است. همچنین، ممکن است جنبه‌های مثبت رابطه به صورت توضیحات مثبت (میزان تکرار) و گرم بودن (یک مقیاس نمره‌گذاری شده که نگرش‌ها و توضیحات موجود در مصاحبه را لحاظ می‌کند) اندازه‌گیری شود. با این حال، ابعاد انتقادگری، خصومت و درگیری مفرط هیجانی برای تعیین سطوح بالا یا پایین هیجان ابراز شده مورد استفاده قرار می‌گیرند. خویشاوندانی که در یک یا چند مورد از این ابعاد نمرات بالاتر از حد آستانه^{۱۲} کسب می‌کنند، جزء افراد دارای هیجان ابراز شده بالا تلقی می‌شوند. اهمیت مفهوم هیجان ابراز شده در اسکیزوفرنی، اعتبار پیش‌بینی اندازه دوگانه آن است. بوتزلاف و هولی^{۱۳} (۴۵) در مطالعه فراتحلیلی مربوط به ۲۶ پژوهش دریافتند زندگی کردن در خانواده دارای هیجان ابراز شده بالا، میزان عود اسکیزوفرنی را طی ۹ تا ۱۲ ماه پس از بستری شدن در بیمارستان، دو برابر می‌کند. روش‌شناسی^{۱۴} هیجان ابراز شده طی سال‌ها در روان‌پزشکی و پزشکی به کار رفته است. پژوهشگران دریافتند «هیجان ابراز شده» پیش‌بینی‌کننده سیر بیماری در سایر اختلالات روانی و به خصوص در اختلال افسردگی است (۴۵). هیجان ابراز شده بالا با اختلالات روان‌شناختی کودکی

1. Critical
3. Emotional Overinvolvement (EOI)
5. Camberwell family interview (CFI)
7. Criticism
9. Exaggerated emotional response
11. Over-identification
13. Butzlaff & Hooley

2. Hostile
4. Semi-structured interview
6. Operationalized guidelines
8. Resent
10. Self-sacrifice
12. Threshold
14. Methodology

رابطه دارد. همچنین، بر اساس شواهد، ممکن است هیجان ابراز شده در مورد برخی بیماری‌های پزشکی مزم از قبیل آسم^۱ و صرع^۲ دارای کاربرد پیش‌بینی‌کننده باشد (برای مطالعه بیشتر پژوهش‌های مربوط به هیجان ابراز شده در مورد مراقبت از سلامت به منبع شماره ۴۷ مراجعه کنید).
 گرچه مطالعات اولیه بروان و همکاران^۳ (۴۸)، بیانگر رابطه آشفتگی‌های رفتاری^۴ و تاریخچه شغلی^۵ با هیجان ابراز شده و عود بود، ولی مطالعات متعدد نشان دادند رابطه هیجان ابراز شده با عود، مستقل از عوامل بیماری (مانند شدت بیماری) است. حتی هنگامی که متغیرهای مربوط به بیمار که به شکل بالقوه مهم هستند از لحاظ آماری کنترل شوند، هیجان ابراز شده نقش مهم و مستقلاً در عود اختلال ایفا می‌کند (۴۹). همچنین، یافته‌های عمومی موجود در ادبیات پژوهش، از این فرضیه که رابطه هیجان ابراز شده و عود به دلیل رابطه آنها با متغیر ناشناخته سوم است، حمایت چندانی نمی‌کند (۵۰).

مفهوم هیجان ابراز شده

گرچه شکی در روایی پیش‌بین^۶ هیجان ابراز شده نیست، ولی مطالعات پژوهشی همچنان تلاش می‌کنند اطلاعات بیشتری در مورد مفهوم هیجان ابراز شده و مکانیسم‌های آن در عود بیماری به دست آورند. در مجموع، به نظر می‌رسد هیجان ابراز شده مطابق الگوی آسیب‌پذیری-استرس^۷ مربوط به اسکیزوفرنی عمل می‌کند (۵۱) در اصل، این الگوها روان‌پریشی را به عنوان نتیجه استرس محیطی در واکنش^۸ به آمادگی زیربنایی^۹ یا آسیب‌پذیری زیستی^{۱۰} برای ایجاد بیماری تلقی می‌کنند. این الگوها را می‌توان هم برای تبیین ایجاد روان‌پریشی و هم برای دوره‌های متوالی و تبیین نقش قدرتمند استرس‌های محیطی به کار گرفت. در این چارچوب، هنگامی که با شروع بیماری آسیب‌پذیری ایجاد می‌شود هیجان ابراز شده به عنوان منبع احتمالی استرس، می‌تواند باعث بروز یا تشدید نشانه‌ها شود.
 همچنین، میزان هیجان ابراز شده در مورد مراقبان حرفه‌ای^{۱۱} مورد استفاده قرار گرفته است. با اینکه این گونه پژوهش‌ها نسبت به پژوهش‌های مربوط به خانواده سطح پائین‌تری دارند، ولی نشان داده‌اند پاسخ‌های هیجان ابراز شده بالا در میان مراقبان حرفه‌ای، با نتایج منفی رابطه دارد (۵۲). مطالعه‌ی پیش‌گستر^{۱۲} (آینده‌نگر) تاتن و ترییر^{۱۳} (۵۳) در مورد مراقبان بیمار نشان داد فقدان رابطه مثبت بین مراقب و بیمار که سه ماه پس از ارتباط آنها اندازه‌گیری شد، صرف‌نظر از شدت اولیه بیماری، با وضعیت بالینی نامطلوب رابطه دارد. همچنین، رابطه مثبت^{۱۴} مراقبت و بیمار با بهبود^{۱۵} بیشتر کیفیت زندگی^{۱۶} بیمار و رابطه منفی^{۱۷} آنها با بهبود کمتر کیفیت زندگی بیمار ارتباط چشمگیری داشت. باروکلوگ و همکاران^{۱۸} (۲۶) روابط کارکنان و بیمار^{۱۹} را در مورد بیماران بستری شده^{۲۰} دارای امنیت

1. Asthma

3. Broun et al.

5. Work history

7. Vulnerability-stress model

9. Underlying predisposition

11. Professional carers

13. Tattan & Tarrier

15. Improvement

17. Negative relationship

19. Staff-patient relationship

2. Epilepsy

4. Behavioral disturbance

6. Predictive validity

8. Reaction

10. Biological vulnerability

12. Prospective

14. Positive relationship

16. Quality of life

18. Barrowchlough et al.

20. Inpatient

پائین^۱ بررسی نمودند. آنها دریافتند که کارکنان، رفتار منفی بیماران را بیشتر ارادی تلقی می‌کنند. این یافته با نتایجی که در پژوهش مربوط به «مراقب خانوادگی دارای تعبیر مثبت اندک در مورد رفتارها و نگرش‌های انتقادی» مشاهده شد، همخوانی دارد (۳۳). بیماران در مورد احساساتی که کارکنان نسبت به آنها داشتند حساس بودند. ارزیابی بیماران از افکار و احساسات کارکنان نسبت به آنها، با افکار و احساسات ابراز شده کارکنان نسبت به بیمار رابطه چشمگیری داشت. هر چه این ارزیابی بیماران منفی‌تر بود، آشفتگی رفتاری آنها در هفت ماه بعدی بیشتر گزارش شد.

گسترش پژوهش‌های مربوط به هیجان ابراز شده در مورد مراقبان حرفه‌ای نشان می‌دهد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، نسبت به اثرات روابط بین‌فردی^۲ حساس هستند. با این حال، ممکن است شبکه‌های اجتماعی محدود و عملکرد اجتماعی اندک این بیماران، اثر تعاملات استرس‌زا با مراقبان رسمی و غیررسمی را افزایش دهد. مطالعاتی که نشان دادند هیجان ابراز شده فقط با خانواده‌ها مرتبط نیست، نظر هاتفیلد را مبنی بر اینکه «بیماران تحت تأثیر محیط‌های قدرتمند دیگر نیز قرار دارند تأیید می‌کنند (از قبیل محیط بیمارستان، درمان‌گران، مراکز توان‌بخشی و امثال آنها). لازم است آنچه را که در نظریه هیجان ابراز شده مفید است، برای کارکنان نیز مورد استفاده قرار داد» (۵۴).

مکانیسم‌های هیجان ابراز شده در مورد عود بیماری

براساس مطالعات متعدد، هیجان ابراز شده بالا نشانگر یک عامل استرس‌زای چشمگیر در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بوده و احتمالاً با تسریع عود رابطه دارد. اولاً، مجموعه‌ای از مطالعات فیزیولوژیکی نشان دادند سطوح برانگیختگی بیماران در پاسخ به هیجان ابراز شده بالا و پائین خویشاوندان متفاوت است (۵۵). هیجان ابراز شده بالای بستگان، با حفظ برانگیختگی یا افزایش آن و هیجان ابراز شده پائین بستگان با کاهش برانگیختگی رابطه دارد. ثانیاً، مطالعات مربوط به تعاملات بیمار و بستگان که در محیط آزمایشگاهی انجام شدند، از این دیدگاه تفاوت‌های هیجان ابراز شده بالا و پائین بستگان (که به وسیله مصاحبه خانوادگی کمبرول به دست آمده است)، نشان‌دهنده تفاوت در موقعیت‌های واقعی زندگی بوده و از ازدیاد رفتارهای انتقادی و مداخله‌جویانه بستگان دارای هیجان ابراز شده بالا حمایت می‌کند. همانگونه که انتظار می‌رود این تعاملات پویا بوده و رفتارهای بیمار در شکل‌گیری تعاملات منفی نقش دارند. به نظر می‌رسد بستگان دارای هیجان ابراز شده بالا کمتر قادر به تغییر این وضع بوده و پاسخ‌های آنها به احتمال بیشتری در شدت بخشیدن به تعاملات منفی سهیم هستند (۵۶). مطالعاتی که در آنها بستگان دارای هیجان ابراز شده بالا، آشفتگی فردی بیشتری را گزارش کردند، از استرس‌زا بودن هیجان ابراز شده بالا حمایت می‌کنند (۱۱). ثالثاً، اخیراً به وسیله مطالعات متمرکز بر نقش اسنادها، اطلاعات جدیدی در مورد درک تغییرپذیری نحوه پاسخ افراد به بستگان نزدیک خود که مبتلا به اختلال شدید روانی هستند به دست آمده است. شواهد نشان دادند عقاید خویشاوندان نسبت به بیمار و رفتارهای مشکل‌ساز وی که با بیماری مرتبط هستند، بر اساس بالا یا پائین بودن هیجان ابراز شده آنها متفاوت است. به خصوص، شواهد همسویی که از چندین مطالعه به دست آمده است نشان دادند بستگان انتقادگر نسبت به بستگان غیرانتقادگر به میزان بیشتری بیماران را مسئول مشکلاتشان

1. Low security

2. Interpersonal relationship

می‌دانند (۳۳). در مورد بررسی رابطه هیجان ابراز شده و عود بیماری، نویسندگان این فصل بر این باورند که احتمالاً عقاید مراقبان به شکل‌های مختلف در فرآیند عود نقش دارند (برای نمونه، از طریق میانجی‌گری کنترل رفتاری که استرس بیمار را افزایش می‌دهد یا به وسیله کاهش حس خود ارزشمندی^۱ بیمار که ممکن است هذیان‌ها و توهمات منفی متمرکز بر خود را تقویت نماید). سرانجام، قوی‌ترین شواهدی که نشان می‌دهند ممکن است هیجان ابراز شده به عنوان عامل استرس‌زای علی^۲ در عود بیماری عمل می‌نماید، در پژوهش‌های مربوط به مداخله خانوادگی در اسکیزوفرنی مشاهده شده است. این پژوهش‌ها در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرند.

مداخلات خانوادگی و اسکیزوفرنی

ایجاد الگوهای چندعاملی^۳ فرایندهای مشخص‌کننده خطرات و عود در اختلال اسکیزوفرنی که با اختصار در بخش‌های قبلی مطرح شد، منطق کلی ارائه مداخلات خانوادگی را فراهم می‌کنند. تأکید این الگوها بر نقش عوامل استرس‌زای روان‌شناختی و اجتماعی - محیطی بر سیر بیماری، مسیر حرکت به سمت مداخلات روان‌شناختی را گشوده است. در بافت الگوهای استرس - آسیب‌پذیری، می‌توان خانواده فرد را محیطی تلقی کرد که قادر است در بهتر یا بدتر شدن بیماری مؤثر باشد. استدلال این نظریه این است که اگر خصوصیات برخی خانواده‌ها دلیل تشدید عود باشد، باید با شناسایی این خصوصیات و تغییر دادن آنها، میزان عود را کاهش داد. طی دو دهه اخیر، مجموعه‌ای از مطالعات این نظریه را مورد آزمون قرار داده‌اند.

چندین مرور توصیفی^۴ در مورد مطالعات مربوط به مداخله خانوادگی در بیماری اسکیزوفرنی وجود دارد (برای نمونه، ۶۱-۵۷). آزمایش‌های کنترل‌شده، نوعاً، خانواده‌ها را هنگام بستری شدن بیمار به دلیل دوره حاد^۵ اختلال اسکیزوفرنی انتخاب کردند و هنگامی مداخله خانوادگی را آغاز کردند که بیمار مرخص شده و به خانه برگشته بود. دوره این مداخله از ۶ تا ۱۲ ماه به طول انجامید. در پایان، میزان عود بیمارانی که در کنار مراقبت‌های معمول^۶ روزانه، مداخله خانوادگی را نیز دریافت کرده بودند و بیمارانی که تنها مراقبت‌های معمول را طی کرده بودند مقایسه شدند. مراقبت معمول شامل تجویز داروهای پیشگیری‌کننده^۷ بود. در جدول شماره ۱-۱ خلاصه مطالعاتی که مداخله خانوادگی را با مراقبت معمول یا استاندارد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مقایسه کرده‌اند نشان می‌دهد.

1. Self-worth

3. Multifactorial models

5. Acute episode

7. Prophylactic medication

2. Causal

4. Descriptive reviews

6. Routine

جدول شماره ۱-۱ - مطالعات کنترل شده که مداخله خانوادگی را با درمان استاندارد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مقایسه کرده است (۶۱)

پژوهشگران	شرایط درمان	تعداد	نوع مداخله خانوادگی	مدت درمان	نتایج
کوتگن ^۱ و همکاران ^۱ (۶۲)	مداخله خانوادگی، EE بالا مراقبت معمول، EE بالا مراقبت معمول، EE پایین	۴۹	روان‌پویشی ^۲ : گروه‌های جداگانه برای بیماران و خویشاوندان	هفتگی یا ماهیانه تا دو سال	پس از ۲ سال: مداخله خانوادگی با مراقبت معمول در خانواده‌های دارای EE بالا و پایین یکسان بود.
فالون ^۳ و همکاران ^۳ (۶۳-۶۴)	خانواده درمانی رفتاری و مدیریت فردی	۳۶	خانواده درمانی رفتاری در خانه	هفتگی به مدت ۳ ماه دو بار در هفته به مدت ۶ ماه یک بار در ماه به مدت ۱۵ ماه	پس از ۲ سال: خانواده درمانی رفتاری از مدیریت فردی بهتر بود.
لف ^۴ و همکاران ^۴ (۶۵-۶۶)	مداخله خانوادگی مراقبت معمول	۲۴	آموزش روانی ^۵ به بستگان دارای EE بالا مقابله الگویی ^۶ در بستگان دارای EE پایین	دو بار در هفته برای گروه‌های خویشاوندان به مدت ۹ ماه	پس از ۲ سال: مداخلات خانوادگی از مراقبت معمول بهتر بود.
تربیر ^۷ و همکاران ^۷ (۶۷-۶۹)	خانواده درمانی رفتاری حرکتی خانواده درمانی رفتاری نمادین آموزش صرف مراقبت معمول	۷۷	خانواده درمانی رفتاری شامل مدیریت استرس و آموزش هدف‌گذاری	۳ جلسه مدیریت استرس ۸ جلسه هدف‌گذاری در طول ۹ ماه	پس از ۲ سال، خانواده درمانی رفتاری از آموزش یا مراقبت معمول بهتر بود. آموزش و مراقبت معمول دو اثر یکسان داشتند.
واقان ^۸ و همکاران ^۸ (۷۰)	آموزش روانی و حمایت برای هر خانواده مراقبت معمول	۳۶	آموزش روانی	۱۰ جلسه به صورت هفتگی	پس از ۹ ماه: آموزش و حمایت تک‌خانواده‌ای با مراقبت معمول یکسان بود.
مینگوان ^{۱۰} و همکاران ^{۱۰} (۷۱)	آموزش روانی و حمایت چندخانواده-ای ^{۱۱} مراقبت معمول	۲۰۷۶	بحث و سخنرانی در درمانگاه	۱۰ سخنرانی و ۳ گروه مباحثه گروهی طی ۱۲ ماه	پس از یک سال: آموزش و حمایت چندخانواده‌ای بهتر از مراقبت معمول بود.
راندولف ^{۱۲} و همکاران ^{۱۲} (۷۲)	خانواده درمانی رفتاری مراقبت معمول	۳۹	خانواده درمانی رفتاری در درمانگاه	هفتگی به مدت ۳ ماه ۲ بار در هفته به مدت ۳ ماه ۲ بار در هفته به مدت ۶ ماه	پس از ۲ سال: خانواده درمانی رفتاری بهتر از مراقبت معمول بود.

1. Kottgen et al.
3. Falloon et al.
5. Psychoeducation
7. Tarrier et al.
9. Single-family
11. Multiple-family

2. Psychodynamic
4. Leff et al.
6. Model coping
8. Vaughan et al.
10. Mingyuan et al.
12. Randolph et al.

جدول شماره ۱ - ۱ - مطالعات کنترل شده که مداخله خانوادگی را با درمان استاندارد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مقایسه کرده است (۶۱) (ادامه)

پژوهشگران	شرایط درمان	تعداد	نوع مداخله خانوادگی	مدت درمان	نتایج
زایونگ و همکاران ^۱ (۷۳)	خانواده درمانی رفتاری مراقبت معمول	۶۳	در درمانگاه: آموزش روانی، مهارت آموزی، دارو درمانی/مدیریت نشانه‌ها	ماهی ۲ بار به مدت ۳ ماه جلسات خانوادگی به مدت ۲ سال (علاوه بر جلسات فردی با اعضای خانواده و بیماران)، جلسات نگهداری در هر ۲ تا ۳ ماه	پس از ۱۸ ماه: خانواده درمانی رفتاری بهتر از مراقبت معمول بود.
ژانگ و همکاران ^۲ (۷۴)	آموزش روانی تک-خانواده‌ای و چندخانواده‌ای مراقبت معمول	۷۸	آموزش روانی در درمانگاه و دارو درمانی/مدیریت نشانه‌ها	جلسات مشاوره فردی یا گروهی هر ۱ تا ۳ ماه به مدت ۱۸ ماه	پس از ۱۸ ماه: آموزش روانی و حمایت خانوادگی بهتر از مراقبت معمول بود.
باچکرمر و همکاران ^۳ (۷۵)	گروه‌های بستگان مراقبت معمول	۶۸	گروه‌های درمانی بستگان و بستگان دست اول	دو هفته یک بار به مدت ۲ سال	هیچ تفاوتی بین دو گروه طی سال اول و دوم مشاهده نشد.
تلس و همکاران ^۴ (۷۶)	مدیریت خانوادگی رفتاری مدیریت فردی	-	مدیریت رفتاری خانواده در درمانگاه	هفتگی به مدت ۶ ماه، هر دو هفته یک بار به مدت ۳ ماه، ماهانه به مدت ۳ ماه	پس از ۱۲ ماه: شرایط همه گروه‌ها در کل یکسان است، برای بیماران دارای فرهنگ ضعیف مدیریت فردی بهتر بود و در بیماران دارای فرهنگ بالا شرایط یکسان بود
لف و همکاران (۷۷)	آموزش روانی چندخانواده‌ای و حمایت آموزش روانی تک-خانواده‌ای و حمایت	۲۳	گروه‌های چندخانواده‌ای در درمانگاه، جلسات تک‌خانوادگی در خانه	۲ بار در هفته به مدت ۹ ماه، میزان متغیر پس از این مدت میزان جلسات متغیر بود	پس از ۲ سال: شرایط هر دو گروه یکسان بود.
زاستونی و همکاران ^۵ (۷۸)	خانواده درمانی رفتاری آموزش روانی تک-خانواده‌ای و حمایت	۳۰	خانواده درمانی رفتاری در بیمارستان، آموزش روانی تک-خانواده‌ای در بیمارستان و آموزش رویارویی با مسائل معمول	هفتگی به مدت ۴ ماه ماهانه به مدت ۱۲ ماه	پس از ۱۶ ماه: شرایط هر دو گروه یکسان بود.

1. Xiong et al.

2. Zhang et al.

3. Buchkremer et al.

4. Telles et al.

5. Zastowny et al.

جدول شماره ۱-۱ - مطالعات کنترل شده که مداخله خانوادگی را با درمان استاندارد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مقایسه کرده است (۶۱) (ادامه)

نتایج	مدت درمان	نوع مداخله خانوادگی	تعداد	شرایط درمان	پژوهشگران
پس از ۲ سال: شرایط گروه چندخانواده‌ای بهتر از گروه تک-خانواده بود.	جلسات به صورت هر دو هفته یک بار به مدت ۲ سال	جلسات گروه‌های چندخانواده یا تک-خانواده‌ای در درمانگاه	۸۳ ۸۹	آموزش روانی چندخانواده‌ای و حمایت آموزش روانی تک-خانواده‌ای و حمایت	مک فارلین و همکاران ^۱ (۷۹)
پس از ۲ سال: شرایط یکسان بود.	مدیریت خانوادگی کاربردی: خانواده درمانی رفتاری هفتگی به مدت ۳ ماه، دو بار در هفته به مدت ۶ ماه و ماهانه به مدت ۳ تا ۶ ماه	مدیریت کاربردی شامل جلسات خانواده درمانی رفتاری در خانه به همراه مدیریت خانوادگی حمایتی که شامل گروه‌های چند خانوادگی در درمانگاه بود	۱۵۷ ۱۵۶	مدیریت خانوادگی کاربردی مدیریت خانوادگی حمایتی	اسکولر و همکاران ^۲ (۸۰)
	به همراه مدیریت خانوادگی حمایتی همزمان به مدت ۲۴ تا ۲۸ ماه، مدیریت خانوادگی حمایتی ماهانه به مدت ۲۴ تا ۲۸ ماه				

با اینکه در جدول فوق فقط مداخلاتی انتخاب شده‌اند که حداقل دارای ۱۰ جلسه باشند، ولی تنوع برنامه‌های ارائه شده مشهود است. مداخلات ارائه شده توسط گروه‌های مختلف پژوهشی، در برخی ابعاد مهم با یکدیگر تفاوت دارند. این ابعاد عبارتند از محل برگزاری جلسات خانوادگی (خانه یا بیمارستان)، تعداد جلسات ارائه شده، میزان درگیری بیمار، ملاقات مجزا یا گروهی خانواده‌ها و محتوای جلسات و نحوه ارائه آنها. از آنجا که پژوهشگران درک روشنی از مکانیسم‌های عود بیماری در محیط خانه ندارند، مشخص کردن محتوا (که شامل ارائه فرضیاتی در مورد انواع مسائل مرتبط با خانواده‌ها که ممکن است در استرس نقش داشته باشند و تصمیم‌گیری در مورد موضوعات مورد نیاز می‌شود) باید مد نظر قرار گیرد. در همه مطالعات فرض بر این بود که خانواده‌ها در مورد بیماری دانش کافی نداشته یا دچار سوءتفاهم هستند. به همین دلیل بر آموزش خویشاوندان در مورد اسکیزوفرنی تأکید شد، به نحوی که برخی از پژوهشگران همه مداخلات خانوادگی را در طبقه «آموزش روانی» طبقه‌بندی کردند. حوزه عمومی دیگری که مورد توجه قرار گرفت، کمک به اعضای خانواده جهت مقابله با مشکلات مربوط به نشانه‌های اختلال بود (به وسیله یک رویکرد حل مسأله^۳

1. McFarlane et al.

2. Schooler et al.

3. Problem-solving approach

خاص (۸۱) یا از طریق ارزیابی مشکلات فردی و استفاده از فنون مناسب شناختی رفتاری^۱ (۸۲). ماری و اشتراینر^۲ (۸۳) علی‌رغم تفاوت‌هایی که در رویکردها وجود داشت، خلاصه مفیدی از مؤلفه‌های معمول یا «اصول کلی»^۳ درمان‌ها ارائه کردند. این اصول عبارتند از ایجاد اتحاد درمانی^۴ با خویشاوندانی که از بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی مراقبت می‌کنند، کاهش جو خانوادگی ناسازگار^۵، افزایش ظرفیت حل مسأله در خویشاوندان، کاهش جلوه‌های خشم و گناه، حفظ انتظارات معقول از عملکرد بیمار، اعمال محدودیت برای حفاظت از بهزیستی بستگان و ایجاد تغییر در عقاید و رفتار بستگان.

شماری از پژوهش‌های فراتحلیلی در مورد مطالعات مربوط به مداخلات خانوادگی منتشر شده‌اند (۸۷-۸۳). در این پژوهش‌ها اختلال بیمار، اسکیزوفرنی یا اسکیزوافکتیو^۶ بوده، گروه کنترل یا مقایسه به منظور ارزیابی فواید درمان آزمایشی وجود دارند و عود بیماری یا بستری شدن به عنوان پیامد اصلی تلقی می‌شود. فارو و همکاران^۷ (۸۵) به منظور تحلیل پژوهش‌ها، معیارهای نسبتاً سختی را مورد توجه قرار دادند و با توجه به آنها ۱۳ پژوهش را بررسی کردند. معیارهای آنها عبارت بودند از مطالعات دارای نمونه‌های غیرتصادفی^۸، منحصر شدن مطالعات به مداخله مربوط به بیماران بستری شده، محدود نکردن مطالعات به بیماری اسکیزوفرنی و در نهایت بررسی مطالعاتی که مداخله آنها در کمتر از پنج جلسه انجام شده بود. نتایج به دست آمده، یافته‌های قبلی را تأیید کرد. می‌توان نتیجه گرفت بر اساس مطالعات مختلف، مداخله خانوادگی در کنار مراقبت‌های معمول، تکرار عود و بستری شدن را کاهش می‌دهد. همچنین، این یافته‌ها در دامنه سنی گسترده، تفاوت‌های جنسیتی و طول بیماری‌های مختلفی که در مطالعات گوناگون وجود دارند نیز مشاهده شد. به علاوه، این تحلیل نشان داد نتایج مذکور در مورد برخی فرهنگ‌های مراقبتی همانند انگلستان، استرالیا، اروپا، چین و آمریکا که دارای نظام‌های سلامت^۹ بسیار متفاوت هستند صدق می‌کند. در یک مطالعه فراگیرتر که ۲۵ پژوهش طی ۲۰ سال مورد فراتحلیل قرار گرفتند (۱۹۷۷-۱۹۹۹)، میزان عود در بیمارانی که تحت مداخله خانوادگی قرار گرفته بودند نسبت به گروه کنترل ۲۰ درصد کمتر بود (میزان تأثیر^{۱۰} ۲۰ درصد). گرچه ممکن است تصور شود این اثر مداخله‌ای اندک است، ولی باید توجه داشت که در این فراتحلیل، مطالعاتی بررسی شدند که مداخله آنها بسیار مختصر بوده و شباهت اندکی با برنامه‌های گسترده مطالعات اصلی داشت. برای نمونه، بر اساس مطالعات فالون و همکاران (۶۳)، لف و همکاران (۶۵) و تریور و همکاران^{۱۱} (۶۷) (به جدول شماره ۱-۱ مراجعه شود) میزان عود در بیمارانی که تحت خانواده درمانی قرار گرفتند حدود ۴۰ درصد کاهش یافت.

متأسفانه فقدان مقیاس‌های معتبر، قضاوت در مورد کنترل کیفیت هر یک از مطالعات یا بین مطالعات را بسیار دشوار نموده است. تحلیل‌های مقایسه‌ای پیش‌التر و همکاران^{۱۲} (۸۶)، به برخی از تنوع‌های گسترده در محتوا و مدت زمان برنامه‌ها در سال‌های اخیر توجه نموده‌اند. به نظر می‌رسد

1. Cognitive-Behavioral techniques
3. Overall principles
5. Adverse
7. Pharoah et al.
9. Health systems
11. Tarrier et al.

2. Mari & Streiner
4. Alliance
6. Schizoaffective
8. Non-random
10. Effect size
12. Pitschel-Walz et al.

توان مطالعات فراتحلیلی گسترده در مورد مداخلات خانوادگی، به دلیل فقدان کنترل کیفیت، به میزان قابل توجهی کاهش یافته است. پژوهشگران با طبقه‌بندی مطالعات مربوط به مداخله خانوادگی به بیشتر یا کمتر از ۱۰ هفته، دریافتند مداخلات بلندمدت نسبت به مداخلات کوتاه مدت اثر بیشتری دارند و درمان‌های خانوادگی فشرده‌تر^۱ نسبت به درمان‌های دارای رویکرد محدودتر برتری دارند (برای نمونه، هنگامی که جلسات آموزشی بستگان در مورد اسکیزوفرنی مقداری بیشتر شد). مطالعه پيشل والتز و همکاران (۸۶) نشان داد هنگامی که مدت‌زمان و شدت مداخله در خانواده‌ها مؤثر^۲ باشد، اثرات بلندمدت خانواده درمانی مشاهده می‌شود. مطالعات متعدد نشان داد طی دو سال تفاوت چشمگیری میان گروه‌های درمانی و گروه‌های کنترل وجود دارد. پیگیری ۵ و ۸ ساله تریور و همکاران (۶۹)، میزان ماندگاری^۳ این اثرات را نشان داد. با این حال، باید تأکید کرد که همه مطالعات نشان داد میزان عود پس از گذشت چند سال از پایان مداخله افزایش می‌یابد.

آخرین فراتحلیل پیلینگ و همکاران^۴ (۸۷) که در مورد ۱۸ مطالعه انجام شد، همسو با مطالعات پیشین، اثربخشی مداخله خانوادگی را در کاهش میزان عود تأیید نمود. این مطالعه درمان‌های تک‌خانواده‌ای و چندخانواده‌ای را مقایسه کرده و نشان داد درمان‌های گروهی در مورد ظهور مجدد نشانه‌های روان‌پریشی یا بستری مجدد بیماران نتایج ضعیف‌تری دارند. آن‌ها، همانند سایر پژوهشگران (۸۳) معتقدند اثرات مداخلات خانوادگی با گذشت چند سال کاهش می‌یابد و اعتقاد دارند یکی از علل احتمالی این امر افزایش استفاده از درمان‌های خانوادگی گروهی (چندخانواده‌ای) است (برای نمونه، ۷۵، ۷۹، ۸۰، ۸۸). با این حال، این پژوهشگران اذعان دارند این امر صرفاً به دلیل شکل گروهی درمان نیست، بلکه عوامل دیگری نیز دخیل هستند. این عوامل عبارتند از محتوای درمان‌های گروهی، احتمال عدم اندازه‌گیری برخی ویژگی‌های درمان‌های گروهی توسط مطالعات (برای نمونه، فشار مراقب)، احتمال سودمندی درمان‌های گروهی تنها برای خرده‌گروه‌ها^۵ و برخی افراد.

یکی از انتقادهایی که در مورد مطالعات مربوط به مداخله خانوادگی مطرح شده است، تمرکز محدود آنها بر نتایج نهایی کاهش میزان عود و بستری شدن (۸۳) و سایر نتایج متغیر است و در نتیجه، داده‌های منظم^۶ کافی وجود ندارد که در فراتحلیل مورد بررسی قرار گیرد. مطالعه مروری پيشل والتز و همکاران (۸۶) در مورد نتایجی که می‌توان در مورد بیماران گسترده‌تر و وضعیت خانواده‌ها در نظر گرفت، نسبت به مطالعه پیلینگ و همکاران (۸۷) خوش‌بینانه‌تر است. با توجه به وضعیت بیماران، هر دو مطالعه در مورد وجود برخی شواهد در بهینه‌سازی درمان، توافق دارند. همچنین، مطالعه پيشل والتز و همکاران وجود نشانه‌هایی از بهبود کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی را در بیمارانی که خانواده درمانی دریافت کردند، تأیید می‌کند. مطالعات متعدد نشان دادند هزینه این درمان‌ها برای جامعه کمتر است (برای نمونه، ۶۹، ۶۳، ۷۳).

همانطور که پیلینگ و همکاران (۸۷) بیان داشتند، فوایدی که خود اعضای خانواده بیماران از مداخلات دریافت کرده‌اند، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. لازم به یادآوری است که مطالعات به

1. Intensive
3. Durable
5. sub population

2. Effective dose
4. Pilling et al.
6. Systematic

دنبال کاهش استرس درون خانواده‌ای هستند، ولی باید به خاطر داشت هدف اصلی، بهبود وضعیت بیمار است نه بهبود وضعیت خانواده. هنگامی که فشار خانواده به عنوان نتیجه ثانوی تلقی می‌شود، به نظر می‌رسد نتایج متناقض هستند. برای نمونه، در میان مطالعاتی که از شکل مداخله‌ای یکسانی استفاده کرده‌اند (خانواده درمانی رفتاری^۱) برخی گزارش‌ها حاکی از کاهش فشار خانواده بودند (برای نمونه، ۶۴، ۸۹)، ولی اکثر گزارش‌ها بیانگر عدم تأثیر خانواده درمانی رفتاری بر فشار خانوادگی بود (۹۰). اسموکلر و همکاران^۲ (۹۱)، سه مطالعه کنترل شده تصادفی را شناسایی کردند که گرچه مداخلات مختصری داشتند، ولی اختصاصاً به مراقبان پرداخته بودند (۸۸، ۹۲، ۹۳). این مطالعات برخی از نقاط مثبت را نشان دادند (گرچه این نتایج مربوط به وضعیتی بود که همانند دانش و نگرش‌ها با آشفتگی و فشار رابطه غیرمستقیم داشتند). استفاده از مقیاس‌های مختلف، مقایسه مطالعاتی را که وضعیت مراقبان را می‌سنجند، دشوار می‌نماید. مطالعه اخیری که دارای مداخلات طولانی‌تری بود و در گام نخست بر بهبود وضعیت مراقبان تمرکز داشت، نتایج دلگرم‌کننده‌ای را ارائه نکرد (۹۱). یک مداخله دو مرحله‌ای که دارای ۶ جلسه خانوادگی بود و در مورد ۱۲ گروه از خویشاوندان انجام گرفت، با مراقبت استاندارد مقایسه شد. در این مطالعه، مشارکت^۳ اندک بود و پژوهشگران آن اظهار داشتند برنامه‌های مراقبان تأثیر چندانی در بهبود هیچ یک از وضعیت‌ها، یعنی بیماری روان‌شناختی^۴، ارزیابی منفی، مقابله و حمایت نداشت. اسموکلر و همکاران (۹۱) نتیجه گرفتند همچنان ابهاماتی در مورد اکثر مداخلات اثربخش مربوط به مراقبان بیماران دچار اختلالات روان‌پریشی وجود دارد.

گسترش مداخلات خانوادگی به مراقبت‌های معمول

در سال‌های اخیر در انگلستان و سایر نقاط، به منظور گسترش^۵ فواید مداخله خانوادگی در بیماری اسکیزوفرنی به ارائه خدمات معمول تلاش شده است. این امر به میزان زیادی از طریق برنامه‌های آموزشی طراحی شده برای متخصصان بالینی (به خصوص جامعه مراقبان روان‌پزشکی) با استفاده از دانش و مهارت‌های مورد نیاز برای انجام^۶ فعالیت‌های خانوادگی صورت گرفته است (۹۴). علی‌رغم شواهد نیرومند در مورد اثربخشی برنامه‌های روان‌درمانی خانواده‌محور در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اجرای فعالیت خانوادگی در خدمات سلامت روانی معمول، فراگیر و همسان نیست. در ادبیات پژوهشی، این توافق نظر حاکم است که به‌کارگیری مداخلات خانوادگی با مسائل نگرشی و سازمانی پیچیده‌ای روبرو است و در برنامه‌های مربوط به گسترش مداخلات به این مشکلات توجه کافی نشده است (۹۷-۹۵). ماری و اشتراینر (۸۳) معتقدند در مواردی که انتقال یافته‌های پژوهشی به عرصه عمل را دشوار است، احتمالاً ملزومات مداخلات خدمات‌محور^۷ ماندگار با مداخلات مبتنی بر الگوهای پژوهشی دارای زمان محدود^۸ متفاوت باشد. در یک پژوهش، به منظور مشخص کردن اثربخشی مداخلات خانوادگی در مجموعه‌های روان‌پزشکی استاندارد (که به این تفاوت‌ها توجه می‌کنند)، یک آزمایش عمل‌گرایانه^۹ که به شکل تصادفی کنترل شده بود، انجام گرفت (۹۸). این

1. Behavioral family therapy (BFT)
3. Engagement
5. Dissemination
7. Service-oriented interventions
9. Pragmatic trail

2. Szmukler et al.
4. Psychological morbidity
6. Implementation
8. Time-limited research models

مداخله خانوادگی بر اساس ارزیابی رسمی نیازهای مراقب انجام شد و برنامه توسط یک روان‌شناس بالینی به همراه مراقب اصلی بیمار صورت گرفت (یعنی آموزش در مکان طبیعی^۱ ارائه شد). این مداخله در جهت کاهش نیازهای مراقب و کاهش میزان عود بیمار طی ۱۲ ماه پس از درمان مؤثر بود (۹۹). این حقیقت نشان داد گسترش الگوها در خدمات مفید است. زیربنای فعالیت کاریگان و همکاران^۲، نیاز به تغییر درمان بالینی^۳ کل خدمات به جای آموزش افراد بود (۱۰۲-۱۰۰). با وجود این، مشکلات تنها مربوط به کارکنان بیمارستانی نمی‌شود و بی‌میلی مراقبان به درگیر شدن در فعالیت خانوادگی را نیز شامل می‌شود. چندین مطالعه مربوط به نمونه‌های اجتماعی (برای نمونه، ۹۱، ۹۸، ۱۰۳) نشان داد میزان مشارکت مراقبان در مداخلات خانوادگی نسبتاً اندک بوده و تنها حدود ۵۰ درصد آنها، مداخلات خانوادگی را به جای خدمات حمایتی می‌پذیرند (۹۸). البته میزان این مشارکت هنگام وقوع بحران افزایش می‌یابد (۱۰۴).

نتیجه‌گیری

در این فصل موضوعات اصلی و یافته‌های پژوهشی مربوط به خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در ۲۰ سال گذشته مطرح شد. گرچه در برخی حوزه‌ها می‌توان نتایجی را مطرح کرد، ولی برخی حوزه‌ها نیازمند پژوهش بیشتر هستند.

هم‌اکنون همگان پذیرفته‌اند وجود یک خویشاوند مبتلا به اختلالات روانی شدید، اغلب منجر به سطوح بالای استرس و فشار ادراک شده^۴ می‌شود. به نظر می‌رسد پیامد نقش مراقبت از بستگان، تحت تأثیر عواملی مانند میزان حمایت در دسترس و ماهیت مشکلات بیمار و همچنین ارزیابی بستگان از این تجربه قرار دارد (یعنی احساس آنها در مورد بیماری و نحوه ادراک نشانه‌ها و تلاش‌های خودشان). برخلاف مشکلات بستگان بیماران و وجود مستندات پژوهشی مرتبط، مطالعات اندکی با هدف اصلی یاری‌رسانی به آنها (به منظور کاهش آشفتگی آنها) صورت گرفته است و موارد انجام شده نیز نتایج نامیدکننده‌ای داشته‌اند. از طرف دیگر، اغلب فعالیت‌های مربوط به مداخله خانوادگی، با هدف بهبود وضعیت بیمار، کاهش میزان عود بیماری و بستری شدن بیمار انجام گرفته‌اند. در این راستا، هم‌اکنون شواهد محکمی وجود دارد که بیانگر اثربخشی مداخله خانوادگی در مورد بیماری اسکیزوفرنی هستند. با این وجود، محتوای مداخله خانوادگی در مطالعات ارزیابی شده بسیار گسترده است و برای گسترش فعالیت‌ها به مراقبت‌های معمول، مشکلاتی وجود دارد. به نظر می‌رسد مداخلات خانوادگی موفق، نیازمند سرمایه‌گذاری قابل‌توجهی در حوزه‌های زمان، مهارت و ارتباط هستند. از آنجا که اثر این مداخلات در بسیاری از بیماران، به تأخیر افتادن عود است نه جلوگیری از آن، بسیاری از خانواده‌ها نیازمند مداخله بلندمدت و مداوم هستند. همچنین، نشانه‌های محکمی وجود دارد که نشان می‌دهند اثرات نامطلوب تعاملات بین‌فردی استرس‌زا در بیماری اسکیزوفرنی، به روابط خانوادگی محدود نمی‌شود. به نظر می‌رسد بتوان اغلب آموخته‌های ناشی از پژوهش‌های مربوط به

1. In situ
3. Clinical practice

2. Corrigan et al.
4. Perceived burden

هیجان ابراز شده و مداخلات خانوادگی را در فعالیتهای مربوط به بهبود روابط آسیب‌زا با مراقبان غیررسمی^۱ به کار برد.

می‌توان پژوهش‌های دیگری را که در مورد خانواده‌ها و کارکنان انجام می‌گیرند به شکل مفیدی بر بیماران جدید متمرکز نمود. مطالعات مربوط به بستگان بیمارانی که به تازگی اسکیزوفرن تشخیص داده شده‌اند، نشان‌دهنده نیاز به یاری‌رسانی از زمان آغاز روان‌پریشی است (۱۰۴). این یافته نشان می‌دهد مسائل بیمار و خانواده‌ای که در دوره اول^۲ بیماری قرار دارند، با مسائل فردی که برای مدت طولانی به بیماری مبتلا بوده است، تفاوت دارد (۱۰۵). برای نمونه، اغلب تشخیص‌ها قطعی نیستند و لازم است آموزش مربوط به این شرایط منعطف باشد. سرانجام، تصور می‌شود فعالیت مداخله‌ای در ابتدای برنامه‌های مربوط به بیماری‌های روان‌پریشی مهم باشند، ولی در این خصوص پژوهش‌های اندکی انجام گرفته است.

همچنین، گسترش و به‌کارگیری موضوعات مختلف در فعالیتهای خانوادگی نیازمند تداوم بررسی‌ها است. گرچه بسیاری از بیماران و خانواده‌ها از برنامه‌های مداخله بهره می‌برند، ولی شمار قابل‌توجهی از آنها به ندرت درگیر این مداخلات می‌شوند و به‌کارگیری مداخلات خانوادگی در میان خدمات (مراقبتی)، چالش‌های بسیاری به همراه دارد. سرانجام، لازم است مطالعات بیشتری جهت شناسایی فنون بهینه تغییر نگرش‌های خانواده‌ای که دارای مشکلات پیچیده است انجام گیرد (برای نمونه، اسکیزوفرنی و سوء‌مصرف دارو که هم‌ایند آن است). تاکنون تنها یک مطالعه، یکی از مؤلفه‌های خانواده‌محور را در این گروه مراجعان، بررسی نموده است (۱۰۷، ۱۰۸).

1. Informal carers

2. First-episode

منابع

1. Bengtsson-Tops A., Hansson L. (2001) Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 47, 67-77.
2. Macmillan J.F., Gold A., Crow T.J., Johnson A.I., Johnstone E.C. (1986) The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia: IV Expressed emotion and relapse. *Br. J. Psychiatry*, 148, 133-143.
3. Gibbons J.S., Horn S.H., Powell J.M., Gibbons J.L. (1984) Schizophrenia patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a district general hospital. *Br. J. Psychiatry*, 144, 70-77.
4. Kane J.M. (1996) Treatment resistant schizophrenic patients. *J. Clin. Psychiatry*, 57 (Suppl. 9), 35-40.
5. Hoenig J., Hamilton M.W. (1967) The burden on the household in an extramural psychiatric service. In: Freeman H. (ed.) *New Aspects in the Mental Health Services*. Pergamon, London, pp. 612-635.
6. Schene A.H., Tessler R.C., Gamache G.M. (1994) Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 24, 228-240.
7. Chakrabarti S., Kulhara P. (1999) Family burden of caring for people with mental illness. *Br. J. Psychiatry*, 174, 463.
8. Birchwood M., Cochrane R. (1990) Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates. *Psychol. Med.*, 20, 857-865.
9. Oldridge M.L., Hughes I.C.T. (1992) Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia: an investigation into longstanding problems. *Br. J. Psychiatry*, 161, 249-251.
10. Winefield H.R., Harvey E.J. (1993) Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 19, 619-625.
11. Barrowclough C., Parle M. (1997) Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 171, 26-30.
12. McGilloway S., Donnelly M., Mays N. (1997) The experience of caring for former long-stay psychiatric patients. *Br. J. Clin. Psycho!*, 36, 149-151. 13. Grad J., Sainsbury P. (1963) Mental illness and the family. *Lancet*, 8, 544-547.
13. Ral L., Kulhara P., Avasthi A. (1991) Social burden of positive and negative schizophrenia. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 37, 242-250.
14. Webb C., Pfeiffer M., Mueser K.T., Gladis M., Mensch E., DeGirolama J., Levinson D.F. (1998) Burden and well being of caregivers for the severely mentally ill: the role of coping style and social support. *Schizophr. Res.*, 34, 169- 180.
15. Magliano L., Fadden G., Madianos M., Caldas de Almeida J.M., Held T., Guarneri M., Marasco C., Tosini P., Maj M. (1998) Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 33, 405-412.
16. Halford W.K. (1992) Assessment of family interaction with a schizophrenic member. In: Kavanagh D.J. (ed.) *Schizophrenia: An Overview and Practical Handbook*. Chapman Sr Hall, Melbourne, pp. 254-274.
17. Platt S., Weyman A., Hirsch S.R. (1983) *Social Behaviour Assessment Schedule*, 3rd edn. NFER-Nelson, Windsor.
18. Creer C., Wing J.K. (1974) *Schizophrenia in the Home*. National Schizophrenia Fellowship, Surbiton.
19. Fadden G., Bebbington P., Kuipers L. (1987) The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br. J. Psychiatry*, 150, 285-292.

20. Quinn J., Barrowclough C., Tarrrier N. (2003) The Family Questionnaire (FQ) : a scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenia patients. *Acta Psychiatr. Scand.*, 108, 290-296.
21. Provencher H.L. (1996) Objective burden among primary caregivers of persons with chronic schizophrenia. I. *Psychiatry Ment. Health Nurs.*, 3, 181-187.
22. Jenkins J.H., Schumacher J.G. (1999) Family burden of schizophrenia and depressive illness. Specifying the effects of ethnicity, gender and social ecology. *Br. J. Psychiatry*, 174, 31-38.
23. Provencher H., Meuser K. (1997) Positive and negative symptom behaviours and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophr. Res.*, 26, 71-80.
24. Scazufca M., Kuipers E. (1999) Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *Br. J. Psychiatry*, 174, 154-158.
25. Barrowclough C., Lobban F., Hatton C., Quinn J. (2001) An investigation of models of illness in carers of schizophrenic patients using the Illness Perception Questionnaire. *Br. J. Clin. Psycho!*, 40, 371-385.
26. Bove B., Bentson H., Ulstein I., Notland T.H., Lersbryggen A., Lingjaerde O., Malt U.F. (2001) Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours: a prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. *Acta Psychiatr. Scand.*, 104, 42-50.
27. Magliano L., Veltro F., Guarneri M., Marasco C. (1995) Clinical and socio-demographic correlates of coping strategies in relatives of schizophrenic patients. *Eur. Psychiatry*, 10, 155-158.
28. Magliano L., Fadden G., Economou M., Held T., Xavier M., Guarneri M., Malangone C., Maj M. (2000) Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1 year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 35, 109-115.
29. Lazarus R., Folioflan S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. Springer-Verlag, New York.
30. Haley W.E., Levine E.G., Brown S.L. (1987) Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psycho!. Aging*, 2, 323-330.
31. Scazufca M., Kuipers E. (1996) Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 168, 580-587.
32. Barrowclough C., Hooley J.M. (2003) Attributions and expressed emotion: a review. *Clin. Psycho!. Rev.*, 23, 849-880.
33. Barrowclough C., Tarrrier N., Johnston M. (1996) Distress, expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenic patients. *Schizophr. Bull.*, 22, 691-701.
34. Leventhal H., Diefenbach M., Leventhal E.A. (1992) Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cogn. Titer. Res.*, 16, 143-163.
35. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.F. (1984) Illness representations and coping with health threats. In: Baum A., Singer J. (eds) *A Handbook of Psychology and Health*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, pp. 219-252.
36. Skelton J.A. (1991) Laypersons' judgements of patient credibility and the study of illness representations. In: Skelton J.R., Croyle R.T. (eds) *Mental Representation in Health and Illness*. Springer-Verlag, New York, pp. 247-272.
37. Bishop G.D. (1991) Understanding the understanding of illness. In: Skelton J.R., Croyle R.T. (eds) *Mental Representation in Health and Illness*. Springer-Verlag, New York, pp. 32-59.
38. Croyle R.T., Barger S.D. (1993) Illness cognition. In: Macs S., Leventhal H., Johnston M. (eds) *International Review of Health Psychology*, vol. 2. John Wiley & Sons, Chichester, pp. 29-49.

39. Lobban F., Barrowclough C., Jones S. (2003) A review of models of illness for severe mental illness. *Clin. Psycho!. Rev.*, 23, 171-196.
40. Weinman J., Petrie K., Moss :Morris R., Home R. (1996) The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psycho!. Health*, 11, 431-445.
41. Hirsch S.R., Leff J. (1975) Abnormalities in Parents of Schizophrenics. Maudsley monographs no. 22. Oxford University Press, London.
42. Hatfield A.B., Spaniol L., Zippel A.M. (1987) Expressed emotion: a family perspective. *Schizophr. Bull.*, 13, 221-235.
43. Brown G.W., Rutter M. (1966) The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Human Relations*, 19, 241-263.
44. Butzlaff R.L., Hooley J.M. (1998) Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 55, 547-552.
45. 46, Vaughn C., Leff J. (1976) The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br. J. Soc. Clin. Psycho!.*, 15, 157-165.
46. Wearden A.J., Tarrier N., Barrowclough C., Zastowney T.R., Rahill A.A. (2000) A review of expressed emotion research in health care. *Clin. Psycho!. Rev.*, 20, 633-666.
47. Brown G.W., Birley J.L.T., Wing J.K. (1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br. J. Psychiatry*, 121, 241-248.
48. Nuechterlein K.H., Snyder K.S., Minz J. (1992) Paths to relapse: possible transactional processes connecting patient illness onset, expressed emotion and psychotic relapse. *Br. J. Psychiatry*, 161 (Suppl. 18) , 88-96.
49. Hooley J.M., Rosen L.R., Richters J.E. (1995) Expressed emotion: toward clarification of a critical construct. In: Miller G. (ed.) *The Behavioral High Risk Paradigm in Psychopathology*. Springer-Verlag, New York, pp. 88-120.
50. Clements K., Turpin G. (1992) *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia*. John Wiley & Sons, Chichester.
51. Kuipers E. (1998) Working with carers: interventions for relative and staff carers of those who have psychosis. In: Wykes T., Tarrier N., Lewis S.J. (eds) *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*. John Wiley & Sons, Chichester, pp. 201-214.
52. Tattan T., Tarrier N. (2000) The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: the influence of expressed emotion on clinical outcomes. *Psycho!. Med.*, 30, 195-204.
53. Hatfield A.B. (1987) The expressed emotion theory: why families object. *Hosp. Commun. Psychiatry*, 38, 341.
54. Tarrier N., Turpin G. (1992) Psychosocial factors, arousal and schizophrenic relapse: a review of the psychophysiological data. *Br. J. Psychiatry*, 161, 3-11.
55. Hahlweg W.K., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H. (1989) Expressed emotion and patient relative interaction in families of recent onset schizophrenics. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 57, 11-18.
56. Barrowclough C., Tarrier N. (1984) Psychosocial interventions with families and their effects on the course of schizophrenia: a review. *Psycho!. Med.*, 14, 629-642.
57. Lam D.H. (1991) Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psycho!. Med.*, 21, 423 441.
58. Kavenagh D. (1992) Family interventions for schizophrenia. In: Kavenagh D.J. (ed.) *Schizophrenia: An Overview and Practical Handbook*. Chapman & Hall, London, pp. 407-423.
59. Dixon L.B., Lehman A.F. (1995) Family interventions for schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 21, 631-643.
60. Penn D.L., Mueser K.T. (1996) Research update on the psychosocial treatment of