

رابطه نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی با هیجان ابرازشده در
اعضای خانواده افراد با اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی

**Relationship Between Shame Attitude Towards Mental Disorders
and Expressed Emotion in Family Members of People with Bipolar
and Schizophrenia**

H. Khanipour, Ph.D. student in psychology ✉

✉ حمید خانی پور

دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی

M. Golzari, Ph.D.

دکتر محمود گلزاری

استادیار بخش روان‌شناسی بالینی علامه طباطبایی

J. Shams, Ph.D.

دکتر جمال شمس

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

H. zare, M.A.

هادی زارع

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

S. Karamlou, Ph.D. student in psychology

سمیرا کرملو

دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی

دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۱

دریافت نسخه اصلاح‌شده: ۹۲/۲/۲۵

پذیرش مقاله: ۹۲/۴/۱

Abstract

This study was sought to investigate the components of shame attitudes towards mental disorders and their role in predicting expressed emotions in family members of people with bipolar and schizophrenia disorders.

چکیده

هدف از مطالعه حاضر شناسایی مؤلفه‌های نگرش‌های شرم درباره اختلال روانی در اعضای خانواده افراد با اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی و نقش آن‌ها در پیش‌بینی هیجان ابرازشده بود. در این مطالعه، از ۸۵ نفر از اعضای خانواده مراجعه‌کنندگان بیمارستان امام‌حسین نمونه‌گیری انجام شد.

✉ Corresponding author: Allameh Tabatabaee University Tehran, Iran
Tel: +9809118449609
Email: khanipur.hamid@gmail.com

✉ نویسنده مسئول: تهران، دهکده المپیک، دانشگاه علامه طباطبایی
تلفن: ۰۹۱۱۸۴۴۹۶۰۹
پست الکترونیکی: khanipur.hamid@gmail.com

Samples consisted of 85 family members of outpatients with bipolar and schizophrenia disorders from Imam-Hossain psychiatry ward. All participants were asked to complete Family questionnaire and Attitudes towards mental disorder scale. Results showed that 47% of participants evaluated social attitudes towards mental disorders as negative, while 35% evaluated family attitudes as negative.

Bipolar patient's relatives reported more external shame from society, and female participants scored higher in external shame from family. There were significant associations between expressed emotion and shame attitudes towards mental disorders. Reflected shame about family and internal shame significantly predicted expressed emotion. Shame have a role in negative attitude toward mental illness and can predict thee expressed emotion.

Keywords: Expressed emotion, Shame, Bipolar, Schizophrenia.

از همه شرکت‌کنندگان خواسته شد ابزارهای کارکرد خانواده و نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی را تکمیل کنند. یافته‌ها نشان داد ۴۷ درصد از شرکت‌کنندگان نگرش‌های جامعه به اختلال‌های روانی را مثبت و ۳۵ درصد نیز نگرش‌های جامعه را به اختلال‌های روانی، منفی می‌دانند.

اعضای خانواده بیماران دو قطبی شرم بیرونی بیشتری را از سوی جامعه گزارش کردند و شرکت‌کنندگان مؤنث نمره بیشتری در شرم بیرونی از جانب خانواده دریافت کردند. بین هیجان ابراز شده با همه نگرش‌های شرم رابطه وجود داشت. نگرش‌های انعکاس شرم بر خانواده و شرم درونی به صورت معنی‌داری هیجان ابراز شده را پیش‌بینی کردند. شرم در ایجاد نگرش‌های منفی به اختلال‌های روانی نقش دارد و هیجان ابراز شده را پیش‌بینی می‌کند.

کلیدواژه‌ها: هیجان ابراز شده، شرم، دو قطبی، اسکیزوفرنی.

مقدمه

بر اساس مدل اجتماعی اختلال‌های روانی، شاخص هیجان ابراز شده (EE) که شامل استفاده از سبک ارتباطی با ویژگی‌های انتقاد کردن و درگیری هیجانی و ابراز خصومت به فرد مبتلا به اختلال روانی است، یکی از عوامل تأثیرگذار در عود اختلال‌های روانی به حساب می‌آید (سادوک، ۲۰۰۷). نتایج مطالعات مختلف در این زمینه نشان داده است سطوح بالای EE با نتایج ضعیف درمانی در بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی، مانند اختلال افسردگی اساسی و اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی نوع اول رابطه دارد (باروکلو، هولی، ۲۰۰۳). مطالعات مختلف نرخ EE بالا را در خانواده‌های افراد

مبتلا به اسکیزوفرنی در کشورهای غربی، ۴۰ تا ۷۴ درصد (کاونگ، ۱۹۹۲) و در ایران، ۶۱ درصد (متقی‌پور، پورمند، ملکی و داویدیان، ۲۰۰۱) گزارش کرده‌اند.

همچنین نرخ عود اختلال‌های دوقطبی در خانواده‌هایی که سطح EE در آن‌ها بالاست، در مدت نه ماه ۹۰ درصد و در خانواده‌های با سطح EE پایین‌تر، این نسبت ۵۴ درصد گزارش شده است (میلکوویتز، گلدستین، نیوچترلین، اسنایدر و دون، ۱۹۸۶). براساس این مدل، برنامه‌هایی تحت عنوان آموزش روانی خانواده برای خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی توسعه یافته است؛ با این حال نتایج مطالعاتی که اثربخشی این برنامه را گزارش کرده‌اند، در بسیاری از مواقع، نتوانسته‌اند تغییر معناداری در سطوح هیجان ابراز شده به وجود آورند. تنها در یک مطالعه که دارای گروه کنترل واقعی بوده است، مداخله آموزش روانی خانواده کاهش معنادار در سطح هیجان ابراز شده را موجب شده است (هانینگ، هافمن، روزندال و دینگنماس، ۱۹۹۷). در بیشتر مطالعات، تغییری در سطح هیجان ابراز شده به دست نیامده است (فریتزاد، گلدبرگ - آرنولد و گوزی، ۲۰۰۳؛ سیمونو، میلکوویتز، ریچاردز، سلیم و جورج، ۱۹۹۹). همچنین در مطالعه‌ای در ایران (کرملو، متقی‌پور، مظاهری، ۲۰۱۰)، گزارش شد که مداخله‌های آموزش روانی خانواده در کاهش درگیری هیجانی شدید و سطح تعارض در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانی تأثیری ندارد؛ اما آموزش روانی، اظهارات انتقادی اعضای خانواده درباره فرد با اختلال روانی شدید را به صورت معنی‌داری کم می‌کند.

به نظر می‌رسد یکی از علل شکست این برنامه‌های درمانی، در نظر نگرفتن واکنش هیجانی مرتبط با تجربه ننگ‌شماری^۲ اختلال‌های روانی، به ویژه احساس شرم است. یافته‌ها نشان داده است ملاموس‌ترین واکنش هیجانی در تجربه ننگ در قبال اختلال‌های روانی، احساس شرم است (بیرن، ۲۰۰۰). تجربه شرم هم در مراجعه برای دریافت کمک‌های روان‌شناختی اثرگذار است و هم در مراحل مختلف درمان، خود را آشکار می‌سازد.

این مسئله‌ای شناخته شده است که بسیاری از افراد به خاطر ترس از برچسب خوردن اختلال روانی یا شرم از دریافت برچسب اختلال روانی، برای درمان مراجعه نمی‌کنند. مشخص شده است تنها ۲۰ درصد از افراد با یک اختلال روانی برای کمک گرفتن مراجعه می‌کنند (کاشنر، شر، ۱۹۹۱). علاوه بر این، نگرش‌های شرم افراد جامعه به سختی در قبال افراد با وضعیت‌هایی مانند اسکیزوفرنی یا دو قطبی تغییر می‌کند؛ برای مثال نتایج بررسی برنامه‌ای نشان داد که حتی در عرض ده سال، تغییر چندانی در باورهای عمومی درباره اختلال‌های روانی ایجاد نمی‌شود. بیش از ۸۰ درصد از شرکت‌کنندگان موافقت خود را با این جمله که «بیشتر افراد به خاطر اختلال روانی احساس شرمندگی می‌کنند» اعلام کردند و همچنین حدود ۳۰ درصد بیان کردند که بودن در کنار اشخاصی که مبتلا به اختلال روانی‌اند، برایشان شرم‌آور است (هاکسلی، ۱۹۹۳). به نظر می‌رسد شرم نقش مهمی در هیجان ابراز شده داشته باشد؛ زیرا یکی از اجزای اصلی هیجان ابراز شده انتقاد است که

پژوهش‌ها رابطه معناداری را بین استعداد شرم و گرایش به انتقاد کردن گزارش کرده‌اند (گیلبرت، اندروز، ۱۹۹۸).

در بعضی از مطالعات، بیشتر بودن استعداد شرم در اعضای خانواده‌های افراد مبتلا به اسکیزوفرنی گزارش شده است (تانجی، واگنر، گرامازو، ۱۹۹۲؛ وایزمن، ۲۰۰۶). مک‌موریچ و جانسون (۲۰۰۹) برای نخستین‌بار فرضیه وجود رابطه ویژگی‌های مرتبط با شرم و گناه را با هیجان ابراز شده در اعضای خانواده افراد با اختلال دوقطبی بررسی کردند؛ با این حال نتایج این پژوهش نتوانست از نقش شرم در پیش‌بینی هیجان ابراز شده حمایت کند. در نوعی ضابطه‌مندی جامع‌تر، سازه شرم در قبال اختلال‌های روانی به ریزعامل‌های شرم بیرونی/نگ و شرم درونی و انعکاس شرم تقسیم‌بندی شده است (گیلبرت، بانديا، مک‌ایون، آیرونز، سنگرا، ۲۰۰۷). شرم بیرونی عبارت است از تصور افراد از باورهایی که جامعه و خانواده از اختلال روانی دارند. شرم درونی عبارت است از خودارزیابی‌های منفی از تجربه اختلال روانی. انعکاس شرم نیز عبارت است از تأثیر وجود اختلال روانی بر خویشتن و خانواده.

یافته‌های پژوهشی نشان داده است سطوح بالای انعکاس شرم و شرم بیرونی، به‌ویژه در فرهنگ‌های جمع‌گرای آسیایی، یکی از عوامل مراجعه نکردن برای دریافت درمان‌های روان‌پزشکی است (گیلبرت، سنگرا، ۲۰۰۴). به نظر می‌رسد نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی، به‌ویژه انعکاس شرم و شرم بیرونی، در میزان انتقاد و درگیری هیجانی (مؤلفه‌های هیجان ابراز شده) بستگان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی تأثیرگذار است. این تأثیرگذاری به‌ویژه در جامعه ایران صدق می‌کند که فرهنگی جمع‌گرا دارد. بر این اساس، هدف مطالعه حاضر بررسی این مسئله است که نخست، اعضای خانواده افراد با اختلالات دوقطبی و اسکیزوفرنی، نگرش‌های جامعه و خانواده را درباره وجود اختلال روانی چگونه می‌بینند و دوم، اگر خودشان به یکی از این وضعیت‌ها مبتلا شوند، تا چه حدی شرم بیرونی/احساس ننگ و شرم درونی و انعکاس شرم را تجربه خواهند کرد و سوم چه رابطه‌ای بین سطوح هیجان ابراز شده با نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی وجود دارد.

روش

در قالب طرحی مقطعی و به روش هم‌بستگی، از ۸۵ نفر از اعضای خانواده، شامل همسر و والدین و فرزندان افرادی نمونه‌گیری انجام شد که دارای سابقه حداقل یک سال اختلال‌های دوقطبی (نوع اول و دوم و مختلط) و اسکیزوفرنی بودند. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس و هدفمند انجام شد. جامعه پژوهش عبارت بود از همه اعضای خانواده که همراه افراد با تشخیص اختلال‌های دوقطبی و

اسکیزوفرنی در بهار و تابستان سال ۱۳۹۰ برای پیگیری درمان به درمانگاه روان‌پزشکی بیمارستان امام‌حسین مراجعه کرده بودند. برای گردآوری داده‌ها نیز از ابزارهای زیر استفاده شد:

نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی: یک پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی ۳۵ سؤالی است که پنج بخش دارد که عبارت‌اند از: ۱. نگرش‌های جامعه و خانواده به مشکلات سلامت روان؛ ۲. شرم بیرونی و آگاهی از ننگ^۳ که به دو بخش خانوادگی و جامعه‌شناختی تقسیم‌بندی می‌شود؛ ۳. شرم درونی؛ ۴. انعکاس شرم بر خانواده^۴ و ۵. انعکاس شرم بر خویشتن^۵. نمره‌گذاری سؤال‌ها در قالب یک مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای (۰ = کاملاً مخالفم تا ۳ = کاملاً موافقم) انجام می‌شود و در مطالعه مربوط به تدوین این ابزار، اعتبار همسانی درونی مناسبی برای این ابزار در جامعه دانشجویان آسیایی و غیرآسیایی در حال تحصیل در انگلیس به دست آمده است. نیز آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۸۵ تا ۰/۹۷ برآورد شد (گیلیبرت، باندیا، مک‌ایون، آبرونز، سنگرا، ۲۰۰۷).

به گفته سازندگان این ابزار، پرسش‌نامه به‌گونه‌ای طراحی نشده است که بتوان بر روی آن، تحلیل عاملی انجام داد و هدف از آن در اختیار داشتن تعدادی مقیاس با روایی صوری بوده است؛ بنابراین بهترین شاخص روان‌سنجی برای این مقیاس محاسبه آلفای کرونباخ برای هر یک از زیرمقیاس‌هاست (گیلیبرت، باندیا، مک‌ایون، آبرونز، سنگرا، ۲۰۰۷). در این مطالعه، با توجه به هدف پژوهش، به جای مشکلات سلامت روان، از اصطلاح اختلال‌های روانی در پرسش‌نامه استفاده شد. برای استفاده از این ابزار، پس از ترجمه و باز ترجمه ابزار، روایی محتوایی آن را دو نفر از استادان روان‌پزشکی و روان‌شناسی تأیید کردند. براساس داده‌های پژوهش، برای کل پرسش‌نامه آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب، ۰/۶۸، ۰/۷۲، ۰/۸ و ۰/۷۶ به دست آمد. همچنین برای تعیین ملاکی برای نگرش‌های منفی جامعه و خانواده درباره اختلال‌های روانی نمره ۶ در زیرمقیاس نگرش‌های جامعه و خانواده به اختلال‌های روانی به‌عنوان نقطه برش تعیین شد. گفتنی است گرفتن نمره ۶ در این دو زیرمقیاس، به معنی آن است که پاسخ‌دهنده دست‌کم با سه سؤال از چهار سؤالی موافق است که نگرش‌های منفی جامعه و خانواده را به اختلال‌های روانی می‌سنجند. همچنین در مطالعه‌ای درباره دانشجویان آسیایی که نگرش‌های جامعه‌شان را به اختلال‌های روانی منفی‌تر و شدیدتر از دانشجویان غیرآسیایی دسته‌بندی کرده بودند، میانگین نمره زیرمقیاس نگرش‌های جامعه به اختلال روانی ۵/۱۹ و در زیرمقیاس نگرش‌های خانواده به اختلال روانی، ۳/۱۱ گزارش شده است (گیلیبرت، باندیا، مک‌ایون، آبرونز و سنگرا، ۲۰۰۷).

پرسش‌نامه خانواده: پرسش‌نامه نوعی ابزار خودسنجی بیست سؤالی برای ارزیابی هیجان ابراز شده در خانواده‌های افراد با اختلالات سایکوتیک است. پاسخ‌ها در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (۰ = هرگز تا ۳ = همیشه) درجه‌بندی می‌شود و شامل دو زیرمقیاس نظرهای انتقادی و درگیری هیجانی شدید است که نمره برش برای خرده‌مقیاس نظرهای انتقادی، ۲۳ و برای خرده‌مقیاس درگیری

عاطفی شدید، ۲۷ است (ویدمن، ریکی، فاینستاین، هاگلوی، ۲۰۰۲). اعتبار کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و اعتبار خرده‌مقیاس نظرهای انتقادی ۰/۸۴ و درگیری هیجانی شدید ۰/۹۱ گزارش شده است (جانسون، ۲۰۰۵). در ایران، اعتبار کل مقیاس ۰/۸۵ و اعتبار خرده‌مقیاس درگیری عاطفی شدید ۰/۸۳ و نظرهای انتقادی ۰/۸۸ گزارش شده است (خدابخشی کولایی، ۱۳۸۶).

یافته‌ها

در مجموع، از میان ۸۵ نفری که در این پژوهش شرکت کردند، ۴۵ نفر (۵۲ درصد) از اعضای خانواده افراد مبتلا به اختلال دوقطبی (گروه اول) و ۴۰ نفر (۴۷ درصد) از اعضای خانواده افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی (گروه دوم) بودند. از میان کل شرکت‌کنندگان، ۵۳ نفر (۶۵ درصد) مؤنث و ۳۲ نفر (۳۸ درصد) مذکر بودند. نتایج داده‌های توصیفی در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج نمرات شرکت‌کنندگان در زیرمقیاس‌های هیجان ابراز شده، نشان داد در ۴۲ درصد از اعضای خانواده‌ها نمره اظهارات انتقادی بیشتر از نمره برش است، در حالی که این مقدار برای زیرمقیاس درگیری هیجانی شدید ۶۷ درصد مشخص شد.

نتایج نشان داد ۴۷ درصد از شرکت‌کنندگان معتقد بودند که نگرش‌های جامعه به اختلال‌های روانی منفی است. همچنین مشخص شد که ۳۵ درصد از شرکت‌کنندگان معتقد بودند که نگرش‌های خانواده‌شان به اختلال‌های روانی منفی است. میانگین کل نمونه در زیرمقیاس‌های مرتبط با نگرش‌های جامعه و خانواده به اختلال روانی به ترتیب، ۵/۸۶ و ۴/۵۱ به دست آمد.

به دلیل برقرار نشدن پیش‌فرض‌های مانوا برای مقایسه دو گروه، از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج آزمون t برای گروه‌های مستقل نشان داد که اعضای خانواده افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، در مقایسه با اسکیزوفرنی، از حیث احساس شرم بیرونی از جانب جامعه، وضعیت بدتری دارند و در این مقیاس، نمره خانواده بیماران دوقطبی بیشتر از خانواده بیماران اسکیزوفرنی بود ($t=۳/۱۳$ ، $P<۰/۰۰۲$). نیز در سایر متغیرها، یعنی هیجان ابراز شده، شرم درونی، انعکاس شرم و نگرش‌های خانوادگی و اجتماعی به اختلال‌های روانی، میان دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

همچنین مقایسه گروه‌ها از حیث جنسیت نشان داد که شرکت‌کنندگان مؤنث در حوزه شرم بیرونی خانوادگی نمره بیشتری در مقایسه با شرکت‌کنندگان مذکر به دست آورده‌اند و این تفاوت معنادار بود ($t=۲/۱۷$ ، $P<۰/۰۳$).

اجرای آزمون هم‌بستگی پیرسون نشان داد که هیجان ابراز شده با نگرش‌های اجتماعی مرتبط با اختلال‌های روانی و نگرش‌های خانوادگی مرتبط با اختلال‌های روانی رابطه دارد ($p<۰/۰۵$). همچنین بین هیجان ابراز شده با شرم بیرونی از جانب خانواده، شرم بیرونی از جانب جامعه، شرم درونی، انعکاس شرم بر خانواده و انعکاس شرم بر خویشان نیز رابطه‌ای مستقیم وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$).

برای ارائه یک مدل پیش‌بینی، هیجان ابراز شده به‌عنوان متغیر ملاک و متغیرهای نگرش‌های جامعه، خانواده، شرم بیرونی از جانب خانواده، شرم بیرونی از جانب جامعه و انعکاس شرم بر خانواده و بر خویشتن وارد معادله رگرسیون شدند. از روش رگرسیون به شیوه گام‌به‌گام استفاده شد. نتایج در جدول‌های ۲ و ۳ نشان داده شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی نمره‌های شرکت‌کنندگان در زیرمقیاس‌های هیجان ابراز شده و نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی

متغیر	کمترین نمره	بیشترین نمره	میانگین	انحراف معیار
هیجان ابراز شده	۱۳	۵۱	۳۱/۹۲	۱/۰۱
انتقاد	۳	۲۷	۱۴/۹۱	۰/۶۵
درگیری هیجانی	۷	۳۰	۱۷/۵۴	۰/۵۷
نگرش‌های جامعه	۰	۱۲	۵/۸۶	۰/۳۲
نگرش‌های خانواده	۰	۱۲	۴/۵۱	۰/۳۵
شرم بیرونی خانوادگی	۰	۱۲	۶/۹۲	۰/۵۱
شرم بیرونی جامعه	۰	۱۵	۶/۱۸	۰/۴۲
شرم درونی	۰	۱۵	۶/۷۹	۰/۴۷
انعکاس شرم بر خانواده	۰	۲۱	۹/۲۱	۰/۵۳
انعکاس شرم بر خویشتن	۰	۱۵	۶/۶۷	۰/۴۸

نتایج نشان داد دو متغیر انعکاس شرم از جانب خانواده (۲۲ درصد) و شرم درونی (۵ درصد) از واریانس هیجان ابراز شده را در کل نمونه گروه‌های ۱ و ۲ به ترتیب، با ضرایب رگرسیونی ۰/۴۶ و ۰/۲۵ پیش‌بینی می‌کنند. اجرای آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یک‌راهه نیز نشان داد مدل پیش‌بینی معنادار است ($P < 0/001$). شاخص‌های رگرسیون و نتایج آزمون معناداری در جدول‌های ۲ و ۳ نمایش داده شده است.

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای آزمون ارتباط نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی و هیجان ابراز شده

متغیرها	R	R ²	b	β	SEB	t	سطح معناداری
انعکاس شرم بر خانواده	۰/۴۶	۰/۲۲	۰/۸۹	۰/۴۶	۰/۱۸	۴/۸۳	۰/۰۰۱
شرم درونی	۰/۵۱	۰/۲۷	۰/۵۳	۰/۲۵	۰/۲۲	۲/۳۶	۰/۰۰۱

جدول ۳: آزمون تجزیه و تحلیل واریانس مدل پیش‌بینی هیجان ابراز شده

براساس نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مدل	
۰/۰۰۱	۲۳/۴۱۶	۱۶۰۸/۶۲۳	۱	۱۶۰۸/۶۲۳	رگرسیون	۱
		۶۸/۹۶۹	۸۳	۵۷۱/۸۰۰	باقی‌مانده	
			۸۵	۷۳۱۰/۴۲۴	کل	
۰/۰۰۱	۱۵/۱۴۹	۹۸۶/۱۶۴	۲	۱۹۷۲/۳۲۹	رگرسیون	۲
		۶۵/۰۹۹	۸۲	۵۳۳۸/۰۹۵	باقی‌مانده	
			۸۴	۷۳۱۰/۴۲۴	کل	

بحث و نتیجه‌گیری

مهم‌ترین مؤلفه پدیده ننگ شماری اختلال‌های روانی، احساس شرم است که هدف این پژوهش بررسی حوزه‌های مختلف احساس شرم به اختلال‌های روانی و نقش آن در میزان هیجان ابراز شده در اعضای خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۴۷ درصد از اعضای خانواده این افراد بر این عقیده‌اند که نگرش‌های جامعه درباره اختلال‌های روانی منفی است. جامعه اختلال روانی را ضعف شخصی می‌داند و به بی‌ارزش و حقیر دانستن فرد مبتلا گرایش دارد. نیز در جامعه، این دیدگاه وجود دارد که اختلال‌های روانی باید مخفی نگه داشته شود، در حالی که ۳۵ درصد از شرکت‌کنندگان نگرش‌های خانواده خود را به اختلال‌های روانی منفی ارزیابی کردند. خانواده اختلال روانی را ضعف شخصی می‌داند، به بی‌ارزش و حقیر دانستن فرد مبتلا گرایش دارد. نیز در خانواده، این دیدگاه وجود دارد که اختلال‌های روانی باید مخفی نگه داشته شود. نگرش‌های اجتماعی به شیوه‌های مختلفی رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهند. براساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده^۶ (آیزن^۷ و فیشباین^۸، ۱۹۸۰؛ به نقل از بارون، بیرن و برنسکامب، ۱۳۸۹) هنجارهای ذهنی ما درباره عمل درست، یعنی ادراک افراد از دیدگاه دیگران، در تعیین نگرش و رفتار تأثیر دارد. در این باره نیز تصور خانواده درباره دیدگاه اجتماع در قبال بیماری روانی، علل و شیوه عمومی مواجهه با بیماری روانی بر طرز نگرش درباره بیمار و شیوه ارتباط با او تأثیرگذار است؛ بنابراین هر چقدر افراد نگرش اجتماع را به اختلال روانی منفی‌تر بدانند، به همان نسبت، نگرش خودشان نیز به بیماری روانی منفی‌تر خواهد شد و عود نشانه‌ها در بیمار و معلولیت اجتماعی بیمار بیشتر می‌شود. با افزایش آگاهی‌های عمومی درباره ماهیت و ویژگی‌های بیماری روانی، پیش‌داوری و تبعیض در قبال افراد با بیماری روانی کاهش خواهد یافت؛ با این حال در خصوص درصدهای گزارش شده درباره نگرش منفی اجتماع و خانواده به بیماری روانی، باید با احتیاط نگریم؛ زیرا هم تعداد نمونه برای گرفتن این نتیجه‌گیری‌ها به اندازه کافی نیست و هم عواملی مانند وضعیت اجتماعی اقتصادی لحاظ نشده است.

مقایسه دو گروه نشان داد تنها در حوزه شرم بیرونی از جانب جامعه، بستگان بیماران دوقطبی نمره بیشتری به دست آورده‌اند؛ یعنی آن‌ها بیشتر تصور می‌کنند که دیگران به خاطر وجود اختلال‌های روانی ارزیابی‌های منفی انجام می‌دهند و به آن‌ها انگ زده خواهد شد. هرچند یافته‌های قابل‌قیاس با این نتیجه در ادبیات پژوهش یافت نشد، نتایج بعضی از مطالعات (وایسمن، ۲۰۰۶) نشان داده است اعضای خانواده افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی بیشتر مستعد احساس شرم‌اند تا اعضای خانواده افراد مبتلا به اختلال دوقطبی؛ زیرا به استناد برخی از پژوهش‌ها، اختلال دوقطبی با خلایق و پیشرفت بالا هم‌بستگی دارد (آکساندر، ۲۰۰۱)؛ با این حال افراد با اختلال دوقطبی (به‌ویژه نوع اول) در مراحل فعال دوره آشفتگی، علائمی را نشان می‌دهند که بیشتر برخلاف قراردادهای اجتماعی است و این مسئله می‌تواند جدا از محدودیت‌های روش‌شناختی پژوهش، این یافته را تبیین کند.

مقایسه نتایج شرکت‌کنندگان براساس جنسیت نشان داد شرکت‌کنندگان مؤنث در حوزه شرم بیرونی از جانب خانواده، نمره بیشتری به دست آورده‌اند. زنان در فرهنگ‌های جمع‌گرا، نگرش‌های متفاوتی به فرهنگ‌های فردگرا دارند که آن‌ها را بیشتر مستعد احساس شرم بیرونی می‌کند (چو-گرهم، بشیر، چنتر، برمن، باتسلر، ۲۰۰۲). نتایج مطالعه‌ای با هدف مقایسه نگرش‌های شرم به مشکلات سلامت روان در زنان دانشجوی آسیایی در کشور انگلیس، نشان داد که زنان شرم بیرونی بیشتری را از جانب خانواده احساس می‌کنند؛ زیرا بر این باورند که باید برای حفظ آبرو و عزت خانواده کنترل بیشتری بر نشانه‌های هیجانی خود داشته باشند (گیلبرت، باندیا، مک‌ایون، آیرونز، سنگرا، ۲۰۰۷).

نمره شرکت‌کنندگان در شاخص EE نمایانگر این بود که در ۴۲ درصد از خانواده‌ها، اظهارات انتقادآمیز و در ۶۷ درصد از خانواده‌ها، نمره شاخص درگیری هیجانی شدید بیشتر از نمره برش این شاخص‌هاست. در مطالعه دیگری در ایران نیز نرخ EE بالا در خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ۶۰ درصد گزارش شده بود (متقی‌پور، پورمند، ملکی و داویدیان، ۲۰۰۱). هرچقدر نمره شاخص EE بالاتر باشد، احتمال خطر عود نشانه‌ها در بیماران بیشتر خواهد بود؛ بنابراین خطر عود نشانه‌ها در بیماران ایرانی به دلیل سطوح نسبتاً بالای EE در خانواده بالاست. از بین اظهارات انتقادی و درگیری هیجانی شدید، به‌عنوان مؤلفه‌های سازنده هیجان ابراز شده، به نظر می‌رسد درگیری هیجانی شدید در بیشتر بودن نمره شاخص هیجان ابراز شده خانواده‌های ایرانی نقش بیشتری دارد. از نظر بستگان با EE بالا اظهارات انتقادی و درگیری هیجانی شدید هر دو با نیت خیر و براساس این باور انجام می‌شود که این‌گونه رفتارهای آن‌ها موجب کاهش و کنترل نشانه‌های روانی می‌شود (مکنب، هاسلمه، بیرنت، ۲۰۰۷).

اما همان‌طور که تاکنون گفتیم، تنها نتیجه استفاده زیاد از این رفتارها افزایش خطر عود اختلال‌های روان‌پزشکی است. براساس مدل‌های اسنادی شاخص هیجان ابراز شده، علت بیشتربودن نمره در زیرمقیاس اظهارات انتقادی در بستگان بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی، به‌ویژه اسکیزوفرنی، اسناد نشانه‌های بیمار به‌صورت شخصی و کلی است و علت بیشتر بودن نمره در زیرمقیاس درگیری هیجانی شدید، اسناد غیرقابل کنترل بودن نشانه‌های بیمار و نمره بیشتر در رگه شخصیتی وظیفه‌شناسی است (کینگ، ریچارد، راجن، استایگر، نلیس، ۲۰۰۳). علاوه بر این، در مطالعه دیگری در ایران، بین وظیفه‌شناسی و بیشتر بودن نمره زیرمقیاس درگیری هیجانی و روان‌نژندی با اظهارات انتقادی رابطه معنی‌داری گزارش شده است (راهداری، غروری، طیبی، ۱۳۸۹).

یکی از دلایل بیشتر بودن تعداد افرادی که نمره‌شان در زیرمقیاس درگیری هیجانی شدید بیشتر از نقطه برش بود، ممکن است این باشد که در خانواده ایرانی، برای وحدت و انسجام گروهی ارزش بسیاری قائل‌اند و زمانی که یکی از اعضا دچار مشکل می‌شود، تقریباً همه اعضای خانواده درگیر مشکل آن فرد می‌شوند و به شیوه‌های مختلف که در اغلب مواقع، حالت دلسوزی و ترحم و غصه خوردن و تا اندازه‌ای احساس گناه است، می‌کوشند در مصائبی که از نظر خودشان بر سر فرد بیمار می‌آید، شریک شوند؛ اما در اغلب مواقع، این وضعیت‌های درگیری هیجانی شدید جلوی رشد عملکرد اجتماعی مستقلانه را می‌گیرد و موجب افزایش احتمال عود نشانه‌ها می‌شود.

ناآگاهی از علت نشانه‌های روانی بیمار ممکن است یکی از دلایل افزایش نمره در زیرمقیاس اظهارات انتقادی باشد. نیز مؤلفه اصلی تأثیر درمان‌های آموزش روانی، آموزش درباره ماهیت اختلال و حل مسئله و شیوه‌های ارتباط کارآمد با نشانه‌های بیماری به خانواده‌های بیماران است. به‌نظر می‌رسد این موضوع بر روی زیرمقیاس اظهارات انتقادی تأثیر بیشتری دارد، چه اینکه در مطالعه کرملو و متقی‌پور و مظاهری (۲۰۱۰) نیز درمان آموزش روانی موجب کاهش اظهارات انتقادی شده بود؛ اما نمره زیرمقیاس درگیری هیجانی شدید تغییر نکرده بود.

یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد همه نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی با شاخص EE رابطه مثبتی دارند. همچنین یافته‌های مدل پیش‌بینی نشان داد که نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی با شاخص EE رابطه دارد و توانایی پیش‌بینی ۲۷ درصد از واریانس کل هیجان ابرازشده را در دو گروه دارند. از میان نگرش‌های مرتبط با شرم، نگرش‌های انعکاس شرم بر خانواده و شرم درونی به‌ترتیب، ۲۲ درصد و ۵ درصد از واریانس EE را تبیین کردند. براساس این نتایج، هرچه اعضای خانواده‌ای که عضو بیمار مبتلا به اختلالات روانی دارند، بیشتر تصور کنند که اختلال روانی موجب بی‌آبرو شدن و حقیر شدن و از دست دادن جایگاه اجتماعی اعضای خانواده می‌شود (انعکاس شرم بر خانواده) و همچنین هر چقدر ارزیابی‌هایشان از خویشان متمرکز بر جنبه‌های منفی، مانند بی‌ارزش بودن و بی‌کفایتی، باشد و این حالت را به‌صورت خودانتقادی تجربه

کنند (شرم درونی)، بیشتر احتمال دارد از عضو بیمار خانواده انتقاد کنند و به‌خاطر مسائل او، دچار مشکلات هیجانی شوند (شاخص EE بالاتر).

اینکه از میان نگرش‌های شرم، نگرش‌های انعکاس شرم بر خانواده بر روی EE تأثیر گذاشته نیز با ویژگی‌های فرهنگی جامعه ایران بیشتر هماهنگ است. بیشترین نگرانی که اعضای یک خانواده در فرهنگ جمع‌گرا دارند، درباره انعکاس و تأثیرات وجود فرد مبتلا به اختلال روانی بر سرنوشت و جایگاه اجتماعی سایر اعضای خانواده است. افراد در فرهنگ‌های جمع‌گرا، خود را حامل آبروی خانوادگی می‌دانند و بنابراین ملزم‌اند اعمال یا هیجان‌های خود را به‌گونه‌ای تعدیل کنند که موجب بی‌آبرویی خانواده‌شان نشود. حفظ آبرو و شرف و عزت خانوادگی، یکی از انگیزه‌های اساسی جهت‌دهی رفتار در فرهنگ‌های جمع‌گراست (کوهن و نیزب، ۱۹۹۴).

هر چند در فرهنگ ایران، درباره نقش این عوامل بررسی صورت نگرفته است، بررسی داستان‌های ایرانی نشان از این دارد که یکی از انگیزه‌های اساسی در رفتارهای قهرمانان این داستان‌ها حفظ آبرو و نام نیک خانواده یا اجداد خود بوده است (کزازی، ۱۳۷۰). نیز در پژوهشی بین‌فرهنگی مشخص شده است دانشجویان کانادایی، دانشجویان ایرانی را بیشتر وابسته به خانواده توصیف می‌کنند (توکلی و حاتمی، ۲۰۰۶). یافته‌های پژوهش حاضر نیز اهمیت عوامل خانوادگی را در تجربه شرم در قبال اختلال‌های روانی، بیشتر از سایر عوامل مشخص کرده است. براساس نتایج این پژوهش، افراد بیش از تأثیر منفی که اختلال روانی ممکن است بر روی خودشان بگذارد (انعکاس شرم بر خویشتن)، نگران تأثیرات منفی هستند که اختلال روانی ممکن است بر آبرو و نحوه نگاه دیگران به خانواده آن‌ها داشته باشند (انعکاس شرم بر خانواده). نتایج مدل رگرسیون نیز این فرضیه را ثابت کرد که در تبیین نحوه رفتار و مواجهه اعضای خانواده با افراد مبتلا به اختلال‌های روانی شدید، نگرش‌های انعکاس شرم بر خانواده، از نگرش‌های انعکاس شرم بر خویشتن نقش بسیار مهم‌تری دارد. وجود ارتباط بین نگرش‌های مرتبط با شرم درونی و هیجان ابراز شده، نشان‌دهنده این مسئله است که به‌نحوی ویژگی‌های شخصیتی افراد نیز عامل تعیین‌کننده‌ای در نحوه ارتباط نامؤثر با عضو بیمار خانواده است. افرادی که مستعد شرم درونی‌اند، بیشتر دیگران و خود را متهم می‌کنند، بیشتر مستعد واکنش‌های پرخاشگری و خصومت‌اند و به‌طور کلی، در همدلی کردن ناتوان‌اند (تانجی، واگنر، فلچر، گرامزو، ۱۹۹۲؛ جاکوپک، تال، رومر، ۲۰۰۵). این یافته می‌تواند راهنمایی باشد برای غنا بخشیدن به برنامه‌های آموزش روانی که با هدف کاهش هیجان‌های ابراز شده تدوین می‌شوند؛ بدین‌صورت که برنامه‌ها صرفاً متمرکز بر آموزش ارتباط با بیمار نباشد، بلکه مؤلفه‌های شیوه‌های ارتباط مؤثر با خود را در بر بگیرد. بیشتر افرادی که شرم درونی را تجربه می‌کنند، فاقد شیوه‌های مؤثر ارتباط با خویشتن هستند. بدون شک، درباره عوامل پیش‌بینی‌کننده هیجان ابراز‌شده عوامل دیگری مانند رگه‌های شخصیتی اعضای خانواده، نوع نشانه‌های افراد با اختلالات اسکیزوفرنی و

دوقطبی و نیز وضعیت اقتصادی - اجتماعی ممکن است نقش داشته باشند که در این پژوهش به آن‌ها پرداخته نشده است. اما احتمال دارد ارتباط این عوامل با هیجان ابراز شده تحت تأثیر نگرش‌های شرم به اختلال‌های روانی باشد یا اینکه نگرش‌های شرم واسط ارتباط این عوامل با هیجان ابراز شده باشد که در این پژوهش، نقش مؤلفه‌های آن بررسی شد.

براساس یافته‌های مطالعه حاضر، می‌توان بیان کرد برای کاهش هیجان ابراز شده، به‌عنوان هدفی در کاهش عود اختلال‌های دوقطبی و اسکیزوفرنی، باید برنامه‌های یکپارچه‌تری را طراحی کرد که دربردارنده مؤلفه‌های جامعه‌شناختی و روان‌شناختی باشد و بتواند علاوه بر آموزش درباره ماهیت اختلال، با تغییر نگرش‌های شرم در قبال اختلال‌های روانی، موجب کاهش شدت نمره درگیری هیجانی شدید در خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی شود. برای مثال نیمی از شرکت‌کنندگان این پژوهش نگرش‌های جامعه را به اختلال روانی منفی ارزیابی کردند و این نگرش‌ها با هیجان ابراز شده رابطه داشت؛ بنابراین صرفاً با توسل به جلسات آموزش روانی نمی‌توان نگرش‌های مسلط اجتماعی را تغییر داد.

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داد باورهای فرهنگی درباره ارزش‌های خانوادگی (نگرش‌های انعکاس شرم بر خانواده) نقش بسیار تعیین‌کننده‌ای در شاخص هیجان ابراز شده دارد. همچنین وجود رابطه بین نگرش‌های مرتبط با شرم درونی با سطح هیجان ابراز شده، نشان می‌دهد مدلهایی که هدفشان تبیین هیجان ابراز شده است، باید بر ویژگی‌های شخصیتی مخاطبان برنامه‌های کاهش هیجان ابراز شده مذاقه بیشتری انجام دهند و مؤلفه‌های مرتبط با این‌گونه ویژگی‌ها را در برنامه‌های خود در نظر بگیرند.

محدودیت در تعداد نمونه، استفاده از شیوه پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی و نوع طرح پژوهش که اجازه انجام نتیجه‌گیری علت و معلولی را نمی‌دهد، از محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود محققان براساس یافته‌های این پژوهش، نقش نگرش‌های شرم در قبال اختلال‌های روانی را در اختلال‌های دیگر مطالعه کنند و برنامه‌هایی را با ملاک قرار دادن این مؤلفه‌ها برای کاهش نگرش‌های منفی به اختلال‌های روانی و کاهش هیجان ابراز شده طراحی کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود به‌صورت طولی، مطالعاتی درباره نگرش‌های جامعه به اختلال‌های روانی انجام شود، تا بر آن اساس، بتوان روند تغییر نگرش و عوامل مرتبط با آن‌ها را شناسایی کرد.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Expressed Emotion (EE) | 5. Reflected shame to self |
| 2. Stigma | 6. Theory of planned behavior |
| 3. Stigma awareness | 7. Izen |
| 4. Reflected Shame to family | 8. Fishbein |

کتابنامه فارسی

- بارون، ر.، بیرن، د.، برنسکامب، ن. (۱۳۸۹). *روان شناسی اجتماعی*. ترجمه یوسف کریمی. تهران: روان.
- خدابخشی کولایی، آ. (۱۳۸۶). مقایسه آموزش مدیریت خانواده با مداخلات آموزش روانی در کاهش نشانه‌ها، هیجان‌های ابراز شده و استرس ادراک شده در مادران بیماران اسکیزوفرنی. پایان‌نامه دکتری مشاوره خانواده. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- راهداری، م.، مدرس غروری، م.، طیبی، ز. (۱۳۸۹). «رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و سطح هیجان ابراز شده در مادران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی». فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۱۲، ۴۳۸ تا ۴۴۷.
- کزازی، م. (۱۳۷۰). *مازهای راز؛ جستارهایی در شاهنامه فردوسی*. تهران: مرکز.

کتابنامه انگلیسی

- Alexander, Z. (2001). Improving access and quality for ethnic minority women-Panel discussion. *Women's Health Issues*, 11, 362-366.
- Barrowclough, C., Hooley, J.M. (2003). Attributions and EE: A review *Clinical Psychology Review*, 23,849-880.
- Byrne, P.(2000).Stigma of mental illness and ways of admonishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65-72.
- Chew-Graham, C., Bashir, C., Chantler, K., Burman, E., Batsleer, J. (2002).South Asian women psychological distress and self-harm: Lessons for primary care trusts. *Health and Social Care in the Community*, 10, 339-347.
- Cohen, D., Nesbett, R. E. (1994). Self-protection and culture of honor: Explaining Southern violence.*Personality and Social psychology*, 78, 791-808.
- Fristad, M. A., Goldberg-Arnold, J. S., & Gavazzi, S. M. (2003). Multi-family psycho-education groups in the treatment of children with mood disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 491-504.
- Gilbert, P., Andrews, B. (1998). *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P., Bhundia, R.M.R., McEwan, K., Irons, C., Sanghera, J. (2007). Cultural differences in shame-focused attitudes towards mental health problems in Asian and non-Asian student women. *Mental Health, Religion & Culture*, 10, 127-141.
- Gilbert, P. G., Gilbert, J., Sanghera, J. (2004). A focus group exploration of the impact of izzat, shame, subordination and entrapment on mental health and service use in South Asian women living in Derby. *Mental Health, Religion & Culture*, 7,109-130.
- Honig, A., Hofman, A., Rozendaal, N., & Dingemans, P. (1997). Psycho-education in bipolar disorder: Effect on EE. *Psychiatry Research*, 72, 17-22.
- Huxley, P. (1993). Location and stigma: a survey of community attitudes to mental illness: enlightenment and stigma. *Journal of Mental Health*, 2, 73-80.
- Jakupcak, M., Tull, M., Roemer, L. (2005). Masculinity, shame and fear of emotions as predictor's men's expressions of anger and hostility. *Psychology of Men and Masculinity*, 6, 275-284.
- Johnson S.L. Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 241-262.

- Karamlou, S., Mottaghipour, Y., Mazaheri, M.A. (2010). Expressed emotion, family environment, family intervention and the psychiatric relapse of patients with severe mental disorders in Iran. *International Journal of Culture and Mental Health*, 3, 137-147.
- Kavanagh, D.J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- King, S., Ricard, N., Rochon, V., Steiger, H., Nelis, S. (2003). Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 117, 211-222.
- Kushner, M.G., Sher, K.J. (1991). The relationship of treatment fearfulness and Psychological service utilization: An overview. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 799-806.
- 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.
- McMurrich, L.S., Johnson L.S. (2009). The role of depression, shame-proneness, and guilt-proneness in predicting criticism of relatives towards people with bipolar disorder. *Behavior Therapy*, 40, 315-324
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2007). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Simoneau, T. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Saleem, R., & George, E. L. (1999). Bipolar disorder and family communication: Effects of a psycho-educational treatment program. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 588-597.
- Tangney, J.P., Wagner, P.E., Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 469-478.
- Tavakoli, M., Hatami, J. (2006). *Accepting others: A cross-cultural comparison*. 67th annual convention, Canadian Psychological association, Calgary, Canada, 8-10 June.
- Weisman, A.G. (2006). Shame and guilt proneness as predictors of general emotional distress in caregivers of patients with schizophrenia. *Poster presented at the annual convention of the Society for Research on Psychopathology*, San Diego, CA.
- Weidman, G., Rayki, O., Feinstein, E., Heglwey, K. (2002). The family questionnaire: development and validation of a new self-report scale assessing expressed. *Psychiatric research*, 169, 265-279.