



روانشناسی

اول، مهم‌ترین نکته این است که الگوی نظام روابط خانوادگی برای افراد مبتلا به OCD تعیین شود. درصد زیادی از مبتلایان به این بیماری مجرد هستند و مخصوصاً این موضوع در مورد مردان صادق است، فقط ۲۵ درصد مردان بیمار در مقایسه با ۶۰ تا ۷۵ درصد زنان، ازدواج کرده‌اند. این تفاوت ممکن است تا حدی به خاطر شروع زودتر OCD در مردان باشد. گرچه بیماری نوعاً در زنان در اوایل ۲۰ سالگی شروع می‌شود، شروع آن برای مردان در اواسط نوجوانی است و می‌تواند اثرات رشدی حادی داشته باشد و آموزش، اجتماعی شدن، تجربه‌ی جنسی و کار را مختل کند. کم‌تر از نیمی از جست‌وجوکنندگان درمان برای OCD، از مداخلات زناشویی سود می‌برند و تقریباً ۲۵ درصد بیماران بزرگسال، هنوز با والدینشان زندگی می‌کنند. با این همه، بسیاری از بیماران با خانواده یا دیگر اعضای خانواده‌ی خود زندگی می‌کنند یا تماس روزمره‌ی خود را با آنان حفظ می‌کنند.

# وقتی خانواده آدم را وسواسی می‌کند

فاطمه خلیج

پژوهش‌های علمی و مطالعات فرهنگی  
در ژانر علمی-تخیلی





پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

ازدواج‌های آشفته، نسبت به کسانی که ازدواج‌های غیرآشفته داشتند، بدتر رفتار نمی‌کنند. در حقیقت، رضایت از زناشویی بعد از درمان، بدون توجه به رضایت پیش از درمان، مخصوصاً با توجه به نیازها و وابستگی‌های بیمار به همسر، بهبود پیدا می‌کند. بنابراین، درمان جلوگیری از پاسخ و قرار گرفتن در معرض پاسخ، روی زندگی زناشویی تأثیر مثبت دارد.

بین متغیرهای خانوادگی ارزیابی شده به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های نتیجه‌ی درمان در اختلالات روانی دیگر، به نظر می‌رسد هیجان ابراز شده بیش‌ترین سازگی مطالعه شده باشد. مطالعات متعددی نشان دادند که EE (که عمدتاً از طریق ترکیب انتقاد و درگیری بیش از حد هیجانی ارزیابی می‌شود)، پیش‌بینی‌کننده‌ی همساز بازگشت برای اسکیزوفرنی و افسردگی است و در بسیاری از کشورها نیز تکرار شده است. آیا EE و سازه‌های مرتبط، نتیجه‌ی درمان OCD را پیش‌بینی می‌کنند؟

استکت<sup>۶</sup> تعاملات خانوادگی گزارش شده توسط خانواده و خود فرد را در ارتباط با نتایج نه ماه بعد از درمان بررسی کرد. عملکرد اجتماعی و خانوادگی پیش از درمان و تعاملات خانوادگی منفی ارزیابی شده توسط بیمار (خشم، انتقاد، باور بستگان که بیمار مبتلا به OCD تمارض می‌کند)، پیشرفت اندکی را در پیگیری درمان پیش‌بینی می‌کند. در مقابل، احساسات مثبت در خانواده بهبود پیش‌تر را نوید می‌دهد. این متغیرهای تعاملی منفی شبیه به همان چیزی است که به طور ضمنی برای هیجان ابراز شده در بیماران دیگر گفته شده است. امل کمپ<sup>۷</sup>، کلوک<sup>۸</sup> و بلاو<sup>۹</sup>، در مدل برگشت OCD خود، هیجان ابراز شده را لحاظ کردند. آن‌ها فرض کردند، برگشت احتمالاً وقتی رخ می‌دهد که بیماران فاقد مهارت‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی هستند، یا وقتی سطوح بالای EE را در مواجهه با عوامل استرس‌زای بعد از درمان تجربه می‌کنند. آن‌ها اظهار داشتند، اگر بستگان OCD را به عنوان آن‌گونه بیماری در نظر بگیرند که در آن، فرد کنترل کمی بر رفتارهایش دارد، مسائل وخیم‌تر می‌شوند. این مدل تا حدی با الگوی بیماری‌پذیری ارثی / استرس که برای اسکیزوفرنیک‌ها پیشنهاد شده است، هم‌پوشی دارد. در آن‌الگو نیز، آسیب‌پذیری بیمار نسبت به نشانه‌های درونی و محیطی، نشانه‌هایی را برمی‌انگیزد که سبب ناراحتی اعضای خانواده می‌شود. اعضای خانواده از طریق مشغول شدن با حل مسأله، به بیمار به طور انطباقی پاسخ می‌دهند، و یا با درگیری بیش از حد، ناکام شدن، خشم و طرد، پاسخ غیرانطباقی می‌دهند. واکنش‌های

غیرانطباقی، استرس بیش‌تری را برمی‌انگیزند و به نشانه‌های بیش‌تر و بازگشت متعاقب بیماری می‌انجامند.

در یک آزمون محدود از مدل برگشت برای OCD، امل کمپ و همکارانش به این نتیجه رسیدند که براساس ترکیب ارزیابی EE، سبک مقابله‌ای اجتنابی و وقایع زندگی (جر و بحث‌های روزمره) می‌توان به طور معنا داری برگشت نشانه‌ها را پیش‌بینی کرد. البته حمایت اجتماعی، با یافته‌های قبلی استکت هماهنگ نبود. برآورد EE بالا، در سه تا چهار برگشت کامل، اما نه در دو بازگشت جزئی، آشکار شد. مؤلفان پیشنهاد کردند که همسران یا اعضای خانواده در درمانی شرکت کنند که تأکید آن بر مهارت‌های گوش کردن هم‌دلانه و آموزش ارتباط باشد.

چمپلس و استکت، متغیرهای EE را به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های نتیجه‌ی درمان رفتاری در یک نمونه مختلط از ۶۰ بیمار OCD و ۴۱ بیمار مبتلا به آگورافوبیا با شدت متوسط نشانه‌ها، بررسی کردند. ۱۱ بیمار به خاطر امتناع بستگان یا امتناع خود بیمار، از مشارکت در این تحقیق خودداری کردند. بیماران، ۲۲ جلسه درمان جلوگیری از پاسخ را بدون حضور خانواده، به جز یک ارزیابی مختصر و آموزش درباره‌ی درمان طرح‌ریزی شده برای آن‌ها، دریافت کردند. EE مشتمل بر پنج متغیر (انتقاد، درگیری بیش از حد هیجانی، خصومت، ملاحظات مثبت و ملاحظات گرم) از مصاحبه‌ی خانوادگی کمبرول<sup>۱۱</sup> با بستگان بود که توسط ارزیاب‌های آموزش دیده کدگذاری شد. جالب است که تعداد اظهارنظرهای انتقادی اعضای خانواده دامنه‌ی وسیعی داشت، اما نمره‌ی میانگین کلی در مقایسه با نمونه‌های بیماران دیگر، بیش‌تر بود. تعداد نسبتاً کمی از بستگان خصومت نشان دادند.

به‌هرحال، انتقاد خصومت‌آمیز مشکلی جدی است و به نظر می‌رسد که ادامه‌ی درمان و فایده بردن از آن را برای بیماران مشکل می‌کند. همچنین، یافته‌های ما به روشنی نشان می‌دهند، ادراک بیماران از این‌که بستگان‌شان انتقادکننده هستند، بر فایده‌های درمان تأثیر می‌گذارد. انتقاد ادراک شده، با گزارش بستگان از انتقاد و با فقدان اظهارات مثبت بستگان، ارتباط دارد و مبین آن است که حداقل تا حدی ادراک بیماران درست بوده است. همچنین، انتقاد ادراک شده با صفات شخصیتی منفی ارتباط دارد و نشان می‌دهد، بعضی از جنبه‌های این ادراک ممکن است، صرفاً نگرش‌های منفی خود بیماران را انعکاس دهد و در بهره‌مند شدن آنان از درمان مداخله کند. برای روشن شدن این‌که چگونه انتقاد ادراک شده عمل می‌کند و آیا به تغییر در بیمار یا بستگان نیاز دارد یا خیر، تحقیقات بیش‌تری باید صورت گیرد. برای مثال، ممکن است ثابت شود، مهارت‌های حل مسأله، هم برای بستگان و

هم برای بیماران، در حل بعضی از نشانه‌های OCD مفید است.

محققان متعددی به مزیت‌های استفاده از گروه حمایتی، هم برای بیماران و هم برای اعضای خانواده توجه کرده‌اند. مارکس و همکارانش، یک گروه باز ماهانه را برای اعضای خانواده و بیمارانی که درمان رفتاری انفرادی اولیه برای OCD را کامل کرده بودند، در نظر گرفتند. در این گروه، اعضای خانواده در مورد تأثیر نشانه‌های OCD بر خانواده و طرح‌های راهبردهای مقابله‌ای و تمرین‌های رفتاری تعلیم داده شده در گروه، بحث می‌کردند. اخیراً گزارش‌های متعددی در مورد طرح ریزی کانون‌های آموزشی-روانی برای گروه‌های حمایتی با زمان محدود ارائه شده‌اند. گروه‌های مذکور در مورد تشخیص، ارزیابی، نظریه‌های OCD، و درمان رفتاری که شامل قرار گرفتن در معرض پاسخ و متوقف کردن اعمال وسواسی، داروها و جلوگیری از بازگشت بود، جلساتی برگزار کردند. هدف‌های گروه آموزشی-روانی شامل بهبود عزت‌نفس، بیان احساسات و تجربیاتی که بیماران در آن‌ها سهیم هستند، پذیرش محدودیت‌های واقعی بیماران و یادگیری راهبردهایی برای مقابله با نشانه‌های OCD بود. ضرورت استفاده از همکاران رهبر گروه، برای ارائه‌ی پاسخ مناسب به نیازهای هیجانی اعضای گروه، تأیید شده است.

مطالعات موردی، فوایدی را برای همراهی والدین در درمان برای کودکان و بزرگسالان جوان نشان داده‌اند. در یک مطالعه‌ی کنترل شده با یک نمونه‌ی کوچک، امل کمپ و دالاک<sup>۱۱</sup> نتیجه‌ی درمان بیماران هلندی درمان شده با رفتار درمانی را، با یا بدون همسران به عنوان کمک‌درمانگر، مقایسه کردند. متأسفانه، هدف از مداخلات آموزشی روانی در کاهش تعارض یا بالا بردن ارتباط، توصیف نشده است. بیماران درمان شده با کمک همسران، در پس‌آزمون بهبودی بیش‌تری یافته بودند، اما در پیگیری چنین نتیجه‌ای به دست نیامد. در یک مطالعه‌ی بزرگ‌تر در مورد درمان ۵۰ بیمار به کمک همسران، بعد از درمان یا در پیگیری، تفاوتی مشاهده نشد. گرچه بهبود در رضایتمندی زناشویی گزارش شد. مهم است به یاد داشته باشیم که در این مطالعات، همسران آموزش خاصی در مورد رفتار با بیمار با توجه به نشانه‌هایش، ندیده بودند. بهرحال، در گزارش دیگری، امل کمپ و همکارانش، حضور شریکان را در درمان مؤثر دانستند و بر ارتباط هم‌دلانه به عنوان عامل مهم در اخذ نتیجه‌ی مثبت تأکید کردند.

یافته‌های منفی امل کمپ و همکارانش در نمونه‌ی هلندی، با مطالعه‌ی مهتا درباره‌ی درگیر شدن اعضای

خانواده در درمان در هندوستان، در تضاد بود. حضور اعضای خانواده در درمان پیشگیری از پاسخ و در معرض پاسخ قرار گرفتن برای ۳۰ بیمار در هندوستان، به بهبود معنادار و بیش‌تر نشانه‌های OCD، حالت خلقی و عملکرد شغلی و اجتماعی، در مقایسه با درمان بدون کمک در پس‌آزمون و در پیگیری، انجامید.

دو مطالعه بر کاهش توافق خانواده در نشانه‌های OCD تمرکز کردند. تورنی کرافت<sup>۱۲</sup>، کولسون<sup>۱۳</sup> و مارکز<sup>۱۴</sup>، انجام کاری کنترل شده را برای کاهش درگیر شدن بستگان در درمان نشانه‌های OCD گزارش دادند. برنامه‌ی درمانی بیماران بستری آن‌ها، بر خوددرمانی و آموزش بستگان برای کمک به برنامه‌ی درمانی تأکید داشت. رفتار درمانی شامل جلوگیری از پاسخ، به‌علاوه‌ی راهبردهایی برای خودکنترلی و آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌شد. مؤلفه‌ی خانوادگی بر کاهش درگیری بستگان در اعمال آئینی (وسواسی) با آموزش آن‌ها برای کنترل رفتار بیمار و تشویق خودافشاگری، به شیوه‌ای غیرانتقادی تمرکز کرد. بستگان تحت نظارت درمانگر در بخش، عمل می‌کردند. یافته‌ها، کاهش نشانه‌های OCD را در حدود ۴۵ درصد در زمان مرخص شدن ( $n=47$ )، و ۶۰ درصد در شش ماه پیگیری ( $n=22$ )، با بهبودی همایند در عملکرد از ۳۳ درصد (در محل کار) به ۴۸ درصد (در خانه) در پیگیری، نشان دادند.

اخیراً، در کوششی که توسط گرونز<sup>۱۶</sup>، نزیروگلو<sup>۱۷</sup> و مک‌کی<sup>۱۸</sup> انجام شد، مزایای مشارکت بستگان را در یک گروه آموزشی روانی ۸ هفته‌ای که برای کمک به کاهش نشانه‌های OCD تشکیل شده بود، بررسی کردند. ۲۸ بیمار، درمان فردی را از طریق ارائه و جلوگیری از پاسخ، دریافت کردند که در آن به طور تصادفی تعیین شده بود،





پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



پروشکاه علوم انسانی ومطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی