

مقاله‌ی پژوهشی

رابطه‌ی بین ویژگی‌های شخصیتی و سطح هیجان ابراز شده در مادران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه‌ی بین ویژگی‌های شخصیتی مادران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با سطح هیجان ابراز شده آنها انجام شده است.

روش کار: در این پژوهش ۴۰ بیمار (۲۰ مرد و ۲۰ زن) مبتلا به اسکیزوفرنی که بین ماه‌های اردیبهشت و خرداد ۱۳۸۸ در بیمارستان ابن سینای مشهد بستری بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. میزان هیجان ابراز شده‌ی مادر با تکمیل مقیاس سطح هیجان ابراز شده توسط بیمار و ویژگی‌های شخصیتی مادر با تکمیل فرم کوتاه مقیاس نئو توسط وی مشخص شدند. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS و آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیونی گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها: ویژگی شخصیتی روان‌نژندی با نگرش منفی نسبت به بیماری رابطه مثبت معنی‌دار داشت ($P=0/042$). ویژگی شخصیتی انعطاف‌پذیری با مؤلفه‌های پاسخ هیجانی ($P=0/001$)، نگرش منفی نسبت به بیماری ($P=0/001$)، تحمل/انتظار ($P=0/001$)، مزاحمت یا مداخله‌گری ($P=0/022$) و هیجان ابراز شده کل ($P=0/001$) در ارتباط معنی‌دار بود. ویژگی شخصیتی دلب‌پذیری نیز با مؤلفه‌های پاسخ هیجانی ($P=0/001$)، مزاحمت یا مداخله‌گری ($P=0/047$)، نگرش منفی نسبت به بیماری ($P=0/001$)، تحمل/انتظار ($P=0/001$) و هیجان ابراز شده کل ($P=0/001$) رابطه مثبت معنی‌دار داشت. همچنین ویژگی شخصیتی مسئولیت‌پذیری با مؤلفه‌های پاسخ هیجانی، نگرش منفی نسبت به بیماری، تحمل/انتظار و هیجان ابراز شده کل رابطه مثبت معنی‌دار داشت ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: سطح هیجان ابراز شده مادران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به ویژگی‌های شخصیتی آنان بستگی دارد.

واژه‌های کلیدی: اسکیزوفرنی، هیجان ابراز شده، شخصیت

مژده راهداری

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه
آزاد اسلامی واحد بیرجند

*مرتضی مدرس غروی

مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری،
استادیار روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی
مشهد

زهره طیبی

دکترای روان‌شناسی رشد، عضو هیئت
علمی دانشگاه فردوسی مشهد

*مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، میدان بوعلی، بلوار حر عاملی،
بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا، مرکز
تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری
تلفن: ۰۵۱۷۱۲۴۱۸۴
modaresm@mums.ac.ir
تاریخ وصول: ۱۳۸۸/۱۰/۸
تاریخ تایید: ۱۳۸۸/۱۱/۲۲

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه آزاد بیرجند انجام شده و با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است. در انجام این طرح هیچ‌گونه حمایت مالی از نهادهای دولتی و غیردولتی در

Original Article

On the relationship between personality traits and level of expressed emotion in mothers of schizophrenic patients

Abstract

Introduction: This study was performed to assess the relationship between personality traits of mothers of schizophrenic patients with their level of expressed emotion (EE).

Materials and Methods: This study was performed on schizophrenic patients who were admitted in May and June 2009 in Ibn-e-Sina Hospital in Mashhad, north-eastern part of Iran. Forty patients were selected through available sampling method (20 males and 20 females). To evaluating the level of EE of mothers, patients were completed expressed emotion level scale, while mothers completed a short form of Neuroticism-Extroversion-Openness Inventory (NEO) assessing their personality traits. SPSS software was used to analyze data through Pearson correlation and stepwise regression analysis tests.

Results: Neuroticism personality trait had a significant direct relationship with negative attitude toward illness ($P=0.042$). Also openness personality trait was significantly related to emotional responsiveness ($P=0.001$), negative attitude toward illness ($P=0.001$), tolerance/expectance ($P=0.001$), total expressed emotion ($P=0.001$) and intrusiveness/ intervention ($P=0.022$). Agreeableness personality trait has significant positive relationship to emotional responsive ($P=0.001$), negative attitude toward illness ($P=0.001$), tolerance/expectance ($P=0.001$), total expressed emotion ($P=0.001$) and intrusiveness/intervention ($P=0.047$). At last conscientiousness personality trait was positively related to emotional responsive, negative attitude toward illness, tolerance/expectance and total expressed emotion ($P=0.01$).

Conclusion: Level of expressed emotion in mothers of schizophrenic patients is related to their personality traits.

Keywords: Expressed emotion, Personality, Schizophrenia

*Mozhdeh Rahdari

M.Sc. in clinical psychology,
Azad University, Birjand branch

Morteza Modarres Gharavi

Psychiatry and Behavioral
Sciences Research Center,
Assistant professor of
psychology, Mashhad
University of Medical Sciences

Zahra Tabibi

Ph.D. in developmental
psychology, Instructor of
Ferdowsi University of
Mashhad

*Corresponding Author:

Psychiatry and Behavioral
Sciences Research Center, Ibn-
e-Sina hospital, Amel Blvd.,
Bu-Ali Sq., Mashhad, Iran.
modaresm@mums.ac.ir

Tel: +985117124184

Received: Dec. 29, 2009

Accepted: Feb. 11, 2010

Acknowledgement:

This study was reviewed and approved by the research committee of Azad University, Birjand branch. No grant has supported the present study and the author had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Rahdari M, Modarres Gharavi M, Tabibi Z. On the relationship between personality traits and level of
ls of Mental Health 2010; 12(1):

مقدمه

اسکیزوفرنی بیماری ناتوان‌کننده‌ی وخیم روانی است که ویژگی‌هایی از قبیل هذیان، توهم، رفتار آشفته، علایم منفی و مختل شدن عملکرد اجتماعی و شغلی را به همراه دارد (۱).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، اسکیزوفرنی اختلال شدیدی است که بیشتر در پایان دوره‌ی نوجوانی و اوایل جوانی شروع می‌شود. ویژگی مهم آن آشفتگی فکر و ادراک است که با احساس‌های نامتناسب همراه می‌باشد (۲).

در ایالات متحده‌ی آمریکا میزان شیوع اسکیزوفرنی در طول عمر حدود ۱ درصد است. در ایران نیز آمار مبتلایان به سایکوزها به ویژه اسکیزوفرنی مشابه سایر کشورها بوده و حدود ۱ درصد جمعیت عمومی می‌باشد. شیوع اسکیزوفرنی در مرد و زن برابر است اما در مردها شروع بیماری زودتر است. بیشترین سن شروع بیماری در مردها بین ۱۰ تا ۲۵ سالگی و در زن‌ها ۲۵ تا ۳۵ سالگی است. به طور کلی فرجام بیماران زن مبتلا به اسکیزوفرنی بهتر از بیماران مرد است (۳).

اگرچه اسکیزوفرنی به خودی خود یک بیماری کشنده نیست اما میزان مرگ و میر در مبتلایان به آن حداقل ۲ برابر جمعیت عمومی می‌باشد. این مرگ و میر زیاد به خاطر شرایط ضعیف سازمان‌دهی و مراقبت از بیماران در طولانی مدت است که منجر به ابتلا به بیماری‌هایی از جمله سل و دیگر بیماری‌های مسری می‌گردد (۲).

علت دقیق اسکیزوفرنی هنوز شناخته نشده ولی از نظر طبقه‌ی تشخیصی شامل گروهی از اختلالات است که احتمالاً علل ناهمگون دارند. طبق مدل استرس- دیاتز در یک تشخیص ممکن است عوامل زیست‌شناختی، روانی اجتماعی و محیطی، آسیب‌پذیری ایجاد کرده و تحت تاثیر یک عامل تنش‌زا امکان بروز بیماری فراهم شود. آسیب‌پذیری ممکن است محیطی، زیست‌شناختی یا ترکیب آن دو باشد. هم‌چنین شواهد قوی برای علت ژنتیکی وجود دارد (۴).

بعضی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از خانواده‌های مختل برخاسته‌اند، بنا بر این شناخت الگوی رفتار خانوادگی در این بیماران اهمیت بالینی دارد. چون چنین رفتاری می‌تواند به طور قابل ملاحظه تنش هیجانی را که بیمار

با آن مقابله کند افزایش دهد. الگوهای مخرب رفتاری مانند مداخله‌جویی یا جر و بحث شدید اعضای خانواده با بیماری که اختلال روانی دارد تنش‌زا است و تنشی که از طرف خانواده به بیمار در حال بهبودی وارد می‌شود علتی مهم در عود بیماری وی است. بیمار به خاطر انتقاد و ترحم دیگران نمی‌داند در زمان بهبودی چه کند. در نتیجه این نگرش و رفتارهای منفی اعضای خانواده نمی‌تواند در جهت بهبود و سلامتی بیمار کمک کند (۵).

براون^۱ و همکاران وی طی سال‌های ۶۰-۱۹۵۰ در مطالعه‌های خود متوجه شدند که برخی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پس از طی دوره‌ی درمان و بازگشت به خانواده بر خلاف بیمارانی که به تنهایی یا در مراکز شبانه‌روزی زندگی می‌کنند، بعد از مدتی مجدداً بیمار می‌شوند. این یافته‌ی براون که در واحد روان‌پزشکی اجتماعی کانسیل انگلستان انجام شده بود، منجر به تحقیق‌هایی پیرامون وضعیت اجتماعی خانواده‌ی این بیماران شده و در نهایت منجر به پیدایش نظریه‌ی هیجان ابراز شده گردید (۶).

هیجان ابراز شده به نگرش‌های انتقادی یا خصمانه و یا درگیری مفرط هیجانی اطلاق می‌شود که بستگان و خویشان نسبت به عضو مبتلا به بیماری روان‌پزشکی نشان می‌دهند (۷). سه نگرش مرتبط با هیجان ابراز شده به خصوصت^۲، انتقاد^۳ و درگیری مفرط هیجانی^۴ معروف‌اند. والدین این بیماران می‌توانند سبب عود بیماری شوند زیرا آن‌ها خودشان را به خاطر اختلال فرزند سرزنش کرده و درگیری بیشتر هیجانی دارند. این مسئله در زنان بیشتر دیده می‌شود (۸).

بستگانی که هیجان ابراز شده‌ی بالا دارند بسیار انتقادی و خصوصت‌آمیز رفتار می‌کنند. آن‌ها راه دیگری برای کمک و حمایت از عضو بیمار خانواده نمی‌دانند و احساس می‌کنند که با این روش به بیمار کمک می‌کنند. آن‌ها فکر می‌کنند بیماری درونی بوده و شخص بیمار قادر به کنترل آن خواهد بود. آن‌ها تنها راهی که شخص می‌تواند رفتارش را تغییر دهد انتقاد یا

^۱Brown^۲Hostility^۳Criticism

بیماری اثر می‌گذارد. در بیمارانی که پس از ترخیص از بیمارستان به خانواده‌های با هیجان ابراز شده‌ی بالا برمی‌گردند احتمال عود مجدد بیماری بیشتر است. مروم^۴ و همکاران پس از پی‌گیری ۷ ساله‌ی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی متوجه شدند احتمال بستری بیماران دارای خانواده‌ی با انتقاد بالا، بیشتر از بیمارانی است که خانواده‌ای با انتقاد گری کمتر دارند (۱۳).

هم‌چنین چیونگ^۵ و همکارش در هنگ‌کنگ میزان عود بیماران اسکیزوفرنی را در طول یک دوره‌ی ۹ ماهه سنجیده و دریافتند در بیماران دارای خانواده با هیجان ابراز شده‌ی بالا میزان عود ۶۰ درصد و در بیماران دارای خانواده با هیجان ابراز شده‌ی پایین میزان عود ۱۱ درصد است (۱۴).

نظریه‌ی هیجان ابراز شده منجر به توضیح واضحی از تعاملات خانواده نشده است. هدف رویکردهای متفاوتی مانند خانواده‌درمانی و آموزش روانی، کاهش هیجان ابراز شده و جلوگیری از عود می‌باشد. بررسی مشکلات بالینی، اهمیت ارزیابی محیط خانوادگی را برای بهبودی و جلوگیری از عود اختلال‌های روانی و جسمانی نشان داده است. در بررسی‌های صورت گرفته مشخص شده است که بیماران خانواده‌های با هیجان ابراز شده‌ی بالا رفتارهای غیر کلامی منفی (خودداری از تماس چشمی، خشم در حالت چهره، لحن کنایه‌دار) بیشتری نسبت به بیماران با خانواده‌های دارای هیجان ابراز شده‌ی پایین (که لب‌خند و نگاه با محبت و لحن صدای حمایت‌کننده و صمیمی دارند) نشان دادند (۱۵). پی‌بردن به علل برخورد انتقادی و هیجانی بالای والدین در برابر بیمار اهمیت به سزایی دارد زیرا چنین رفتارهایی مانعی برای بهبودی می‌باشند. لذا توجه به نوع روابط، رفتارها، شخصیت والدین و شناخت عوامل مداخله‌کننده‌ی دیگر می‌تواند کمک فراوانی به بیمار و خانواده‌ی وی نماید.

پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی کیفیت رابطه‌ی هیجان ابراز شده‌ی والدین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها بسیار محدود می‌باشد و در داخل کشور تنها پژوهش انجام گرفته مربوط به دهقانی است که در ارتباط با

عیب‌جویی می‌دانند. در حالی که در واقع با واکنش‌های خود باعث عود بیماری می‌شوند. نگرش انتقادی این افراد به سمت بیمار باعث طولانی شدن زمان بیماری شده و هیجان ابراز شده‌ی بالا به خاطر انتقادگری کلامی پرخاشگرانه بیشتر از هیجان ابراز شده‌ی پایین احتمال عود را افزایش می‌دهد (۵). بستگان دارای هیجان ابراز شده‌ی پایین در انتقاد کردن محافظه‌کارانه عمل می‌کنند. این خانواده‌ها احساس می‌کنند عضو بیمار روی اختلال خود کنترلی ندارد و بیشتر با او هم‌دلی می‌کنند. این امر به خاطر این است که آن‌ها نسبت به دیگران اطلاعات بیشتری از اختلال دارند که منجر به آگاهی بیشتر و انتقاد کمتر می‌شود. این خانواده‌ها پذیرش بیشتری از بیماری دارند و رفتار منتقدانه ابراز نمی‌کنند. در مجموع والدین دارای هیجان ابراز شده‌ی پایین تنش کمتری به بیمار وارد می‌کنند (۹).

اخیرا رابطه‌ی بین هیجان ابراز شده و عملکرد اجتماعی^۱ بیماران مورد مطالعه قرار گرفته است. باروکلوج^۲ گزارش می‌کند عملکرد بیمارانی که با خانواده‌های با هیجان ابراز شده‌ی بالا زندگی می‌کنند به طور معنی‌داری بدتر از کسانی است که با خانواده‌های دارای هیجان ابراز شده‌ی پایین زندگی می‌کنند (۱۰).

کینگ و دیکسون^۳ دریافتند که بعضی جنبه‌های هیجان ابراز شده با قضاوت اجتماعی بدتر مرتبط هستند (۱۱). ساز و کاری که موجب آسیب و تخریب عملکرد اجتماعی بیماران در خانواده‌های با هیجان ابراز شده‌ی بالا شده است، به دو صورت فرضیه‌پردازی شده است:

۱- درگیری مفرط هیجانی ممکن است مانع از رشد عملکرد اجتماعی مستقل بیماران گردد.

۲- عدم توانایی بیمار برای کارکردن (شغل) ممکن است موجب عیب‌جویی و انتقاد خانواده گردد. به نظر می‌رسد در این مورد پویایی خانواده کلید اصلی برای مداخله باشد (۱۲).

هیجان ابراز شده در پیش‌بینی عود بیماری نقش قابل ملاحظه‌ای دارد و از عوامل خانوادگی است که بر دوره‌ی

^۱ Social Functioning

هیجان ابراز شده و ویژگی‌های شخصیتی خویشاوندان بیماران روان‌پریش انجام شده است (۱۵). هدف پژوهش حاضر، یافتن رابطه‌ی بین هیجان ابراز شده‌ی مادران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها در جهت آگاهی برای کمک بیشتر به فرآیند درمان این بیماران می‌باشد.

روش کار

جامعه‌ی آماری در این پژوهش بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری شده در ماه‌های اردیبهشت و خرداد ۱۳۸۸ در بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینای مشهد هستند که بر اساس ویرایش چهارم معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و معاینه‌های روان‌پزشکی تشخیص داده شده‌اند.

نمونه‌ی آماری این پژوهش، نمونه در دسترس شامل ۲۰ زن و ۲۰ مرد از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بیمارستان ابن‌سینای مشهد می‌باشد. این بیماران با توجه به متغیرهایی ازجمله: سن بین ۴۵-۱۵ سال، تحصیلات حداقل سیکل، داشتن مادر با تحصیلات حداقل سیکل، نداشتن بیماری‌های روانی دیگر و عدم آسیب مغزی و نداشتن اعتیاد انتخاب شدند.

مجوز لازم جهت اجرای آزمون‌ها از دانشگاه علوم پزشکی و مسئولین بیمارستان اخذ شد. پس از تهیه‌ی پرسش‌نامه‌ها و انتخاب نمونه‌ی آماری مناسب، نمونه‌ها به اتفاق مادران دعوت به همکاری شدند. سپس پژوهشگر با کمک یکی از کارشناسان روان‌شناسی مقیم در بیمارستان قبل از اجرای آزمون، خود را معرفی کرده و هدف از انجام پژوهش را بازگو و پس از جلب همکاری و گرفتن رضایت کتبی از نمونه‌ها پرسش‌نامه‌ها تکمیل گردیدند.

ابزار گردآوری داده‌ها: در این پژوهش از دو پرسش‌نامه برای گردآوری داده‌های پژوهش استفاده شده است:

پرسش‌نامه‌ی هیجان ابراز شده^۱ (LEE): این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط کول و کازاریان^۲ معرفی گردیده است. کازاریان در یک گزارش تحلیلی به اعتبار این مقیاس در مقایسه با سایر ابزارهای سنجش هیجان ابراز شده تاکید نموده است (۱۶). در

ایران، پرسش‌نامه‌ی هیجان ابراز شده توسط دهقانی بر روی بیماران روان‌پریش هنجاریابی شده است که شامل ۶۰ سؤال و پنج گزینه است (از به ندرت تا همیشه) و برای ارزیابی سطح هیجان ابراز شده‌ی خویشاوندان بیمار چهار عامل نگرش منفی نسبت به بیماری^۳، تحمل / انتظار^۴، مزاحمت یا مداخله‌گری^۵، پاسخ هیجانی^۶ به کار می‌روند. هر مقیاس شامل ۱۵ سؤال می‌باشد. با توجه به محاسبه‌های انجام شده افرادی که در این آزمون نمره‌ی کمتر از ۱۱۶ بگیرند دارای هیجان ابراز شده‌ی پایین و افرادی که نمره‌ی بالاتر از ۱۵۰ بگیرند دارای هیجان ابراز شده‌ی بالا هستند. ضریب آلفای این پرسش‌نامه در پژوهش دهقانی ۹۳ درصد بود که نشان‌دهنده‌ی پایایی بالای آن می‌باشد (۱۵).

در پژوهش حاضر نیز این پرسش‌نامه توسط بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تکمیل شد و ضریب آلفای کرونباخ برای نگرش منفی نسبت به بیماری، تحمل / انتظار، مزاحمت یا مداخله‌گری، پاسخ هیجانی و هیجان ابراز شده‌ی کل به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۶۴، ۰/۸۵ و ۰/۹۲ به دست آمد که نشانه‌ی پایایی بالایی می‌باشد.

پرسش‌نامه‌ی رگه‌های شخصیت (پنج عامل عمده) مک‌کری^۷ و کوستا^۸ (NEO-FFI)^۹: این پرسش‌نامه شامل ۶۰ سؤال و پنج گزینه‌ی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم و برای ارزیابی پنج عامل اصلی شخصیت شامل روان‌زندگی^{۱۰}، برون‌گرایی^{۱۱}، انعطاف‌پذیری^{۱۲}، دل‌پذیری^{۱۳}، مسئولیت‌پذیری و باوجدان بودن^{۱۴} به کار می‌رود. هر مقیاس شامل ۱۲ سؤال می‌باشد. تحقیقات زیادی برای اعتبار بیرونی این پرسش‌نامه انجام گرفته و محققان همبستگی بالایی بین صفات آزمون NEO-FFI و دیگر ملاک‌های ارزیابی صفات یا عوامل پیدا

³Negative Attitude

⁴Tolerance

⁵Intrusiveness

⁶Emotional response

⁷McCrae

⁸Costa

⁹NEO Five-Factor Inventory

¹⁰Neuroticism

¹¹Extraversion

¹²Openness

¹³...

¹⁴... on (LEE)

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد وضعیت سطح هیجانی

ابرازشده‌ی مادران مبتلا به اسکیزوفرنی

سطح هیجان ابراز شده	فراوانی	درصد
پایین	۹	۲۲/۵
متوسط	۱۵	۳۷/۵
بالا	۱۶	۴۰
کل	۴۰	۱۰۰

۲۸/۰۸ و پایین‌ترین میانگین در مقیاس روان‌نژندی برابر با ۲۳/۷۵ می‌باشد.

همان‌طور که در جدول همبستگی (جدول ۳) مشهود است، ویژگی شخصیتی روان‌نژندی با نگرش منفی نسبت به بیماری رابطه‌ی معنی‌دار در سطح $P < ۰/۰۵$ دارد.

ویژگی شخصیتی انعطاف‌پذیری با مولفه‌ی مزاحمت یا مداخله‌گری در سطح $P < ۰/۰۵$ رابطه‌ی معنی‌دار و با مولفه‌های پاسخ هیجانی، نگرش منفی نسبت به بیماری، تحمل/انتظار و هیجان ابرازشده‌ی کل در سطح $P < ۰/۰۱$ رابطه‌ی معنی‌دار دارد. ویژگی شخصیتی دل‌پذیر بودن نیز با مولفه‌ی مزاحمت یا مداخله‌گری در سطح $P < ۰/۰۵$ رابطه‌ی معنی‌دار و با مولفه‌های پاسخ هیجانی، نگرش منفی نسبت به بیماری، تحمل/انتظار و هیجان ابرازشده‌ی کل در سطح $P < ۰/۰۱$ رابطه‌ی معنی‌دار دارد. همچنین ویژگی شخصیتی مسئولیت‌پذیری با مولفه‌های پاسخ هیجانی، نگرش منفی نسبت به بیماری، تحمل/انتظار و هیجان ابرازشده‌ی کل در سطح $P < ۰/۰۱$ رابطه‌ی معنی‌دار دارد.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی ویژگی‌های شخصیتی مادران

بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

ویژگی‌های شخصیتی	تعداد کل	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
روان‌نژندی	۴۰	۲۳/۷۵	۶/۸۵	۱/۰۸
برون‌گرایی	۴۰	۲۵/۳۸	۶/۸۵	۱/۰۸
انعطاف‌پذیری	۴۰	۲۷/۶۵	۵/۸۷	۰/۹۳
دل‌پذیری	۴۰	۲۸/۰۸	۶/۱۲	۰/۹۷

کرده‌اند. کوستا و مک‌کری ضرایب بازآزمایی آن را به فاصله‌ی سه ماه بین ۷۵ تا ۸۳ درصد گزارش کردند (۱۷).

این مقیاس در پژوهش‌های فراوانی استفاده شده است و پایایی مطلوبی برای آن به‌دست آمده است. برای مثال آتش‌روز این مقیاس را برای دانش‌آموزان استفاده کرد و ضریب پایایی ۲۷ تا ۷۷ درصد به‌دست آورد (۱۸).

در پژوهش حاضر نیز که این پرسش‌نامه توسط مادران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تکمیل گردید ضریب پایایی پنج عامل روان‌نژندی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، دل‌پذیری، مسئولیت‌پذیری به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۶۹، ۰/۷۳، ۰/۴۲ و ۰/۷۴ بوده است.

تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در سطح توصیفی به توصیف داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌های توصیفی نظیر میانگین، انحراف استاندارد و خطای استاندارد پرداخته و در بخش استنباطی، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره به کار گرفته شد. برای تعیین پایایی درونی سؤالات پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۶ انجام شده است.

نتایج

بیشترین دامنه‌ی سنی بیماران بین ۲۰-۳۴ سال (۶۰٪) و کمترین دامنه‌ی سنی مربوط به بیماران زیر ۲۰ سال (۵٪) می‌باشد. همچنین بیشترین فراوانی در سطح تحصیلات مربوط به بیماران دارای مدرک دیپلم است که تعداد ۲۳ نفر (۴۵٪) را به خود اختصاص داده‌اند و کمترین فراوانی مربوط به بیماران دارای مدرک کارشناسی است که ۴ نفر (۱۵٪) جمعیت نمونه بوده‌اند.

با توجه به جدول (۱) بیشترین فراوانی سطح هیجان ابرازشده‌ی مادران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مربوط به سطح هیجان ابرازشده‌ی بالا (۴۰٪) است و کمترین فراوانی در سطح هیجان ابرازشده‌ی پایین (۲۲/۵٪) می‌باشد. بقیه‌ی مادران دارای سطح هیجان ابرازشده‌ی در حد متوسط می‌باشند. با توجه به نتایج جدول (۲) بالاترین میانگین مربوط به

جدول ۳- ماتریس همبستگی بین ویژگی‌های شخصیتی مادران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با هیجان ابراز شده‌ی آن‌ها

هیجان ابراز شده‌ی	مولفه‌های هیجان ابراز شده				
	مزا حمت و مداخله گری	پاسخ هیجانی	نگرش منفی نسبت به بیماری	تحمل/انتظار	کل
روان‌نژندی	۰/۱۳۷	۰/۱۷۶	۰/۳۲۳*	۰/۱۷۶	۰/۱۸۸
برون‌گرایی	۰/۱۰۳	۰/۰۲۰	۰/۱۴۸	۰/۱۰۹	۰/۰۶۶
ویژگی‌های انعطاف‌پذیری	۰/۳۶۱*	۰/۸۳۲**	۰/۷۷۰**	۰/۸۶۲**	۰/۸۹۵**
دل‌پذیری	۰/۳۱۶*	۰/۸۷۵**	۰/۷۵۲**	۰/۸۸۵**	۰/۹۰۰**
مسئولیت‌پذیری	۰/۳۰۱	۰/۹۰۶**	۰/۸۲۵**	۰/۸۸۱**	۰/۹۲۹**

* همبستگی در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی‌دار است، ** همبستگی در سطح $P < ۰/۰۱$ معنی‌دار است.

سازوکارهایی مانند خیال‌بافی و گوشه‌نشینی به کار گرفته می‌شود که ممکن است زمینه‌ساز علایم اسکیزوفرنی شود. اغلب محققان معتقدند که منشأ اسکیزوفرنی را می‌توان در تجارب زمان طفولیت پیدا کرد (۱۶).

بعضی محققان عنوان می‌کنند که یکی از عمده‌ترین دلایلی که منجر به ابتلای فرزند به اسکیزوفرنی می‌شود، روابط والدین به خصوص مادران با کودکان است، به این معنا که به کودک اجازه‌ی برقراری ارتباط سالم برطرف‌کننده‌ی اضطراب را نمی‌دهند. کودک مضطرب تفسیر نادرست و معیوب از روابط بین‌فردی دارد. زمانی که ارتباط بین‌فردی معیوب باشد، کودک از واقعیت کناره‌گیری کرده و علایم آسیب روانی به‌وجود می‌آید (۱۹).

با توجه به نتایج گزارش شده در پژوهش حاضر بین ویژگی شخصیتی روان‌نژندی مادر با نگرش منفی نسبت به بیماری رابطه وجود دارد. در همین راستا کینگ در بررسی هیجان ابراز شده‌ی مادران ۴۱ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی با ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها رابطه‌ی معنی‌داری بین روان‌نژندی با انتقادگری یا نگرش منفی به بیماری به دست آورد (۲۰).

طبق تعریف روان‌نژندی، تمایل به تجربه‌ی پریشانی روان‌شناختی دامنه‌ای از هیجان‌های منفی، خشم، اضطراب و افسردگی را در بر می‌گیرد. همچنین داشتن عقاید غیرواقعی این گونه تبیین می‌شود که مادران دارای ویژگی‌های مولفه‌ی روان‌نژندی، نگرش منفی نسبت به بیماری فرزند داشته و

با توجه به نتایج جدول (۴) رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد که مولفه‌ی انعطاف‌پذیری ویژگی‌های شخصیتی پیش‌بینی‌کننده‌ی مولفه‌ی مزاحمت یا مداخله‌گری هیجان ابراز شده می‌باشد. مولفه‌های مسئولیت‌پذیری، دل‌پذیری و انعطاف‌پذیری از ویژگی‌های شخصیتی پیش‌بینی‌کننده‌ی مولفه‌ی پاسخ هیجانی می‌باشند.

مولفه‌ی نگرش منفی نسبت به بیماری توسط ویژگی‌های شخصیتی مسئولیت‌پذیری و انعطاف‌پذیری پیش‌بینی می‌شود. مولفه‌ی سطح تحمل/ انتظار توسط ویژگی‌های شخصیتی دل‌پذیری، مسئولیت‌پذیری و انعطاف‌پذیری پیش‌بینی می‌شود. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در هیجان ابراز شده‌ی کل نشان می‌دهد هر پنج ویژگی شخصیتی مادران، هیجان ابراز شده‌ی آنان را پیش‌بینی می‌کند که به ترتیب نیرومندی رابطه عبارت‌اند از: ۱- مسئولیت‌پذیری، ۲- انعطاف‌پذیری، ۳- دل‌پذیری، ۴- روان‌نژندی، ۵- برون‌گرایی. ضریب همبستگی رگرسیون چندگانه ۰/۹۸۵ می‌باشد که ۹۷ درصد واریانس هیجان ابراز شده از طریق ویژگی‌های شخصیتی تبیین می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

تاریخچه‌ی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نشانگر این است که گذشته‌ی بعضی از آن‌ها مملو از کشمکش، تعارض و ناکامی‌های متعدد بوده است. این تعارض‌ها معمولاً از اوایل طفولیت شروع شده است. معمولاً اضطراب در محیط پر تنش ایجاد می‌شود و به‌منظور این که شدت

جدول ۴- مدل رگرسیون گام به گام مولفه‌های هیجان ابرازشده‌ی مادران بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی برحسب ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها

متغیرها	شاخص‌های آماری					
	B	R	R ²	خطای معیار	β	t
مولفه‌ی مزاحمت یا مداخله‌گری						
مقدار ثابت	۲۶/۱۵۲	۰/۳۶۱	۰/۱۳۰	۴/۶۲۷		۵/۶۵۳
انعطاف‌پذیری	۰/۳۹۱			۰/۱۶۴	۰/۳۶۱	۲/۳۸۵
مولفه‌ی پاسخ هیجانی						
مقدار ثابت	۵/۳۲۵	۰/۹۴۵	۰/۸۹۳	۲/۴۴۰		۲/۱۷۷
مسئولیت‌پذیری	۰/۷۱۱				۰/۵۰۱	۵/۰۷۷
دل‌پذیری	۰/۴۵۳				۰/۳۰۹	۲/۹۵۹
انعطاف‌پذیری	۰/۳۰۸				۰/۲۰۲	۲/۰۸۵
مولفه‌ی نگرش منفی نسبت به بیماری						
مقدار ثابت	۱/۲۵۵	۰/۸۵۱	۰/۷۲۵	۳/۶۴۴		۰/۳۴۴
مسئولیت‌پذیری	۰/۷۷۸				۰/۵۷۰	۴/۲۱۲
انعطاف‌پذیری	۰/۴۸۵				۰/۳۳۰	۲/۴۴۱
مولفه‌ی تحمل/انتظار						
مقدار ثابت	۶/۲۹۵	۰/۹۴۴	۰/۸۹۲	۲/۴۴۲		۲/۵۷۷
مسئولیت‌پذیری	۰/۵۰۶				۰/۳۶۹	۳/۷۱۲
دل‌پذیری	۰/۵۱۹				۰/۳۴۸	۳/۳۰۸
انعطاف‌پذیری	۰/۴۵۶				۰/۳۰۱	۳/۰۹۰
هیجان ابراز شده‌ی کل						
مقدار ثابت	۲۸/۵۳۲	۰/۹۸۵	۰/۹۷۱	۶/۴۹۴		۴/۳۹۴
مسئولیت‌پذیری	۲/۲۵۴				۰/۵۲۹	۹/۱۸۱
انعطاف‌پذیری	۱/۵۵۶				۰/۳۳۹	۶/۳۶۴
دل‌پذیری	۰/۹۳۹				۰/۲۱۴	۳/۵۳۰
روان‌نژندی	۰/۴۶۵				۰/۱۱۸	-۳/۱۸۰
برون‌گرایی	۰/۳۱۱				-۰/۰۷۹	-۲/۳۵۵

انعطاف‌پذیری با مولفه‌ی مزاحمت یا مداخله‌گری رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار مشاهده شد. این یافته نشان می‌دهد که در مادران این بیماران انعطاف‌پذیری در جهت منفی باعث ایجاد مزاحمت و مداخله‌ی بیش از حد در کارهای فرزندان می‌شود. آن‌ها سعی در کنترل و تحت‌نظر گرفتن فرزند دارند که این رفتار آن‌ها برای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی قابل تحمل نیست و آن‌را مزاحمت دانسته و چه‌بسا برای فرار از این موقعیت به سمت علایم سایکوتیک عقب‌نشینی می‌کند.

از نتایج دیگر پژوهش حاضر رابطه‌ی ویژگی شخصیتی مسئولیت‌پذیری مادر با مولفه‌های پاسخ هیجانی، نگرش منفی نسبت به بیماری، تحمل/ انتظار و هیجان ابرازشده‌ی کل بود

خود را غیرواقعی دانسته و حاضر به پذیرش نخواهند بود و با نگوشت و ملامت فرزند، او را مسئول بیماری‌اش می‌دانند.

هم‌چنین بین ویژگی شخصیتی انعطاف‌پذیری با مولفه‌های مزاحمت یا مداخله‌گری، پاسخ هیجانی، نگرش منفی نسبت به بیماری، تحمل/ انتظار و هیجان ابرازشده‌ی کل رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

در این راستا دهقانی در مطالعه‌ای بر روی ۸۱ بیمار مبتلا به اختلالات روان‌پریشی، هیجان ابرازشده‌ی خویشاوندان بیماران را با ویژگی‌های شخصیتی آنان سنجید و بین ویژگی شخصیتی تحمل در صفت انعطاف‌پذیری با مولفه‌ی مزاحمت یا مداخله‌گری در هیجان ابراز شده رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری پیدا کرد (۱۵). در پژوهش ما نیز

است. این امر ناشی از علل متعددی بود که از آن جمله می‌توان حجم نمونه‌ی نسبتاً کم مورد بررسی از مادران را دخیل دانست. هم‌چنین این مسئله می‌تواند ناشی از فرافکنی، احساس گناه، مطلوب‌نمایی مادر و سوگیری مادران در واکنش به آزمون‌ها باشد.

با توجه به این که قبل از تکمیل پرسش‌نامه توسط مادر هدف از پرسش‌نامه و انجام این پژوهش توضیح داده شده بود اما انکار و ترس مادران از پذیرش بیماری فرزند و دخیل دانستن خود در ایجاد آن و نشان ندادن مشکلات و ناراحتی‌های شخصی در روابط خانوادگی، هم در صحبت‌های مادران و هم در نتایج آشکار است. نکته‌ی دیگر این است که یافته‌ی هیجان ابراز شده‌ی بالای مادران در این پژوهش بر اهمیت مداخله‌ی درمانی در خانواده تاکید دارد تا از این راه امکان ایجاد تغییر در نگرش‌ها و رفتارهای شایع و عمومی در میان خویشاوندان دارای هیجان ابراز شده‌ی بالا فراهم گردد. درمانگر می‌تواند بر اصلاح جنبه‌هایی از روابط میان بیماران و افراد مهم خانواده که تحت تاثیر شیوه‌های متداول ارزش‌یابی خویش از رفتار بیماران هستند تمرکز نمایند. لازم است آموزش روانی‌تربیتی در جهت ایجاد تعادل در خانواده به منظور کاهش تاثیر آسیب‌پذیری بیماری بر آن‌ها مورد توجه قرار گیرد. این اقدام گامی در جهت کمک به بهبودی بیشتر و جلوگیری از عودهای مکرر بیماری و افزایش بهداشت روانی سایر افراد خانواده خواهد بود (۱۵). این پژوهش با محدودیت‌هایی مانند تعداد کم نمونه‌های مناسب با سطح تحصیلات کافی در بیماران و مادران و عدم استفاده از نمونه‌های بهنجار مواجه بود. هم‌چنین با توجه به این که پرسش‌نامه ویژگی‌های شخصیتی بیشتر در زمان ملاقات توسط مادران تکمیل می‌شد، زمان لازم برای اجرای پرسش‌نامه‌ی دقیق‌تری مانند نئوی فرم بلند، وجود نداشت که شاید در صورت امکان می‌توانستیم به نتایج معتبرتری دست یابیم. عدم وجود منابع خارجی و داخلی که پرسش‌نامه‌های این پژوهش را به کار برده باشند و بتوان به تعمیم و مقایسه‌ی دقیق‌تر آن‌ها پرداخت نیز از محدودیت‌های دیگر این مطالعه بود. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده

هیجانی مفرط رابطه داشت (۲۰). مادران این گونه تصور می‌کنند که فرزند بیمارشان قادر به مراقبت از خود نیست و این امر باعث افزایش تلاش آن‌ها در انجام وظایف والدی و مداخله‌های بیشتر می‌شود.

از یافته‌های دیگر این پژوهش رابطه‌ی بین ویژگی شخصیتی دل‌پذیر بودن با همه‌ی مولفه‌های هیجان ابراز شده بود که این مسئله برخلاف نتایج پژوهش دهقانی بود زیرا وی بین هیجان ابراز شده و ۵ عامل اصلی شخصیتی، همبستگی معنی‌داری پیدا نکرد و روابط با زیرمولفه‌های آن‌ها را گزارش کرد (۱۵).

انتظار می‌رفت بین ویژگی شخصیتی انعطاف‌پذیری، مسئولیت‌پذیری و دل‌پذیری با مولفه‌های هیجان ابراز شده، رابطه‌ی معکوس و معنی‌دار وجود داشته باشد، ولی نتایج، خلاف انتظار را نشان داد که می‌تواند ناشی از سطح بیش ضعیف بیمار و عدم تشخیص هیجان‌ها و برخوردهای واقعی مادر باشد. هم‌چنین مطلوب‌نمایی مادر و عدم پذیرش مسئولیت در قبال بیماری فرزند می‌تواند در این مورد دخیل باشد.

تحقیق‌هایی در زمینه‌ی رابطه‌ی رفتار والدین به ویژه مادر با ایجاد اختلال اسکیزوفرنی در کودک انجام شده است. در یک پژوهش، مادران ۲۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج حاکی از آن بود که تمام مادران این بیماران افرادی مضطرب، وسواسی و دیکتاتورمنش بودند. اغلب آن‌ها تکامل‌جو و مداخله‌گر بوده و نسبت به دیگر مادران احتیاج بیشتری به توجه و مهر اطرافیان خود داشتند. در این مادران طرد کودکان به شکل‌های مختلف رفتاری به وضوح مشاهده شد. البته مادری که به طور نامحسوس بر کودک خود مسلط است، خطر بیشتری برای کودک دارد. تمام بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که قادر به بیان احساسات خود بودند از تسلط و نامهربانی مادر شکایت داشتند (۱۹).

با توجه به پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور که روابط و رفتار والدین با بیمار را عاملی در تشدید و عودهای مکرر بیماری اسکیزوفرنی می‌دانند (۲۱)، در نظر گرفتن شرایط و جو هیجانی عاطفی حاکم در خانواده‌ها در روند درمان و بهبودی بسیار مهم است. نتایج پژوهش حاضر به وضوح مشکلات ناشی از ویژگی‌های شخص

References

1. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet* 2004; 363: 2063-72.
2. World Health Organization. Nations for mental health. *Schizophrenia and public health* 1998; 6(97): 2-4.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 20.
4. Canadian Psychiatric Association. A consumer and family guide to assessment and treatment schizophrenia. *Journey to recovery* 2007: 3-4.
5. McDonagh LA. Exoressed emotion as a precipitant of relapse in psychological disorders. *Lancet* 2004; 363: 2063-72.
6. Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Br J Prev Soc Med* 1962; 16: 55-68.
7. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol* 1976; 15: 157-65.
8. Patterson P, Birchwood M, Cochrane R. Preventing the entrenchment of high expressed emotion in first episode psychosis. *Early developmental attachment pathways. Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34: 191-7.
9. Hooley M, Hiller B. Personality and expressed emotion. *J Abnorm Psychol* 2000; 109(1): 40-4.
10. Barrowclough C, Hooley JM. Attributions and expressed emotion: A review. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 849-80.
11. King S, Dixon M. Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. *J Psychiatry* 1999; 161: 3-11.
12. Shimodera Sh, Mino Sh, Inoue Y, Hirokazu F, Hisamitsu U. Expressed emotion and family distress in relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Compr Psychiatr* 2000; 41(5): 392-7.
13. Marom S, Hanan M, Peter B, Weizman JA, Hermesh H. Expressed emotion: Relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophr Bull* 2005; 31(1): 1-8.
14. Cheung HK, Leung P. Expressed emotion and relapse in Hong Kong. *J Psychiatry* 2001; 11(1): 4-11.
15. Dehghani Sh. [The relationship between expressed emotion level and personality trait of relative's patients with psychotic disorder]. *Psychother Novelties* 2004; 9(1): 60-5. (Persian)
16. Shamloo S. [Mental hygiene]. Tehran: Roshd; 2006: 193-5. (Persian)
17. Costa PT, McCrae RR. Resived NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI). Professional manual. Odessa: Psychological assessment resources; 1997: 34-53.
18. Atashruz B. [The relationship between the big five personality traits and academic achievement]. *Journal of Iranian psychologists* 2008; 4(16): 370. (Persian)
19. Shamlo S. [Mental health]. 19th ed. Tehran: Roshd; 2007: 257-60. (Persian)
20. King J, Harry L. The relationship between expressed emotion and personality trait of relative's patients with psychotic disorder. *Cult Med Psychiatry* 2003; 4(29): 379-413.
21. Breitborde NJ, Lopez SR, Nuechterlein KH. Expressed emotion, human agency and schizophrenia: Toward a new model for the EE-relapse association. *Cult Med Psychiatry* 2008; 10: 1-2.