

رابطه دوره روان گسستگی درمان نشده و درماندگی خانواده در خانواده‌های دارای عضو مبتلا به روان گسستگی مرحله اول

The relationship between the duration of untreated psychosis and family distress among families with a member suffering from first-episode psychosis

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۹/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۶/۱

Rezaeimaram P. *MSc*[✉], Aguilar-Vafaie M. *PhD*
Tavallaie SA. *PhD*, Monirpoor N. *PhD*

پیمان رضایی مرام[✉]، ماریا آگیلار وفایی^۱
سیدعباس تولایی^۲، نادر منیرپور^۳

Abstract

Introduction: Review of related literature indicates that few studies have addressed the impacts of the duration of untreated psychosis (DUP) on family, and on the family system in particular. The present research investigates the relationship between DUP and family distress among families with a member suffering from first-episode psychosis (FEP).

Method: This was a non-experimental correlational study. Using purposeful sampling, a sample of 107 families from three medical centers was recruited. Family distress was measured using the Family Distress Index (FDI), and was completed by the primary caregiver in each family. Also, DUP was measured by administering a semi-structured interview to primary caregivers with select items from the Course of Onset and Relapse Schedule/Topography of Psychotic Episode (CORS/ TOPE). Data were analyzed using Pearson correlation coefficient and regression analysis.

Results: Results indicated that there is a significant relationship between DUP and family distress, and that DUP is also a predictor of family distress.

Conclusion: In sum, these findings suggest that when there is an increase in the delay of seeking family treatment, DUP is prolonged, with an increase in family distress. Thus, prolonged DUP may be an indicator of an increased need for family to seek professional help in order to achieve balance of the family system.

Keywords: First Episode Psychosis (FEP), Duration of Untreated Psychosis (DUP), Family, Family Distress

چکیده

مقدمه: مرور پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد مطالعات اندکی به تأثیر دوره روان گسستگی درمان نشده (DUP) بر خانواده، به‌ویژه بر نظام خانواده، پرداخته‌اند. بر این اساس، هدف از این پژوهش بررسی رابطه DUP و درماندگی خانواده در خانواده‌های دارای عضو مبتلا به روان گسستگی مرحله اول (FEP) است.

روش: پژوهش حاضر جزء مطالعات غیرآزمایشی از نوع همبستگی است. نمونه این مطالعه شامل ۱۰۷ خانواده دارای عضو مبتلا به FEP مراجعه‌کننده به سه مرکز درمانی تهران بود، که با روش نمونه‌گیری هدف‌مند، انتخاب شدند. برای سنجش درماندگی خانواده از مقیاس درماندگی خانواده (FDI) استفاده شد، که توسط مراقب اصلی تکمیل شد. DUP نیز از طریق مصاحبه با مراقب اصلی، به‌وسیله مواد منتخب مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برنامه زمانی آغاز و عود و موضع‌یابی مرحله روان گسسته‌وار اندازه‌گیری شد. برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد بین DUP و درماندگی خانواده رابطه معناداری وجود داشت. همچنین DUP پیش‌بینی‌کننده درماندگی خانواده بود.

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که هر چه درمان‌جویی خانواده با تأخیر همراه باشد (DUP بلندتر)، بی‌تعادلی بیشتری در نظام خانواده (درماندگی بالاتر خانواده) مورد انتظار است. بنابراین، DUP طولانی‌تر، می‌تواند نشان‌دهنده نیاز بیشتر خانواده به کمک تخصصی، برای بازیابی تعادل نظام خانواده باشد.

کلیدواژه‌ها: روان گسستگی مرحله اول، دوره روان گسستگی درمان نشده، خانواده، درماندگی خانواده

✉ **Corresponding Author:** Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
E-mail: rezaeimaram@gmail.com

✉ گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۱- گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲- مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران
۳- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

مقدمه

آغاز روان‌گسستگی و مراحل اولیه آن، هم برای فرد مبتلا [۱، ۲] و هم برای خانواده‌ها [۳-۵] دوره‌ای پرتنیدگی، درماندگی‌زا، ترس‌آور و سردرگم‌کننده است.

اکثر پژوهش‌ها در زمینه خانواده بیماران روانی، به نقش خانواده در سبب‌شناسی بیماری و اثرات خانواده بر فرد مبتلا مربوط می‌شود [۶]، و کمتر به تأثیر عضو بیمار بر دیگر اعضای خانواده پرداخته شده است [۷].

بیشترین حجم پیشینه پژوهشی درباره خانواده بیماران روانی به «هیجان ابرازشده» مربوط می‌شود. اگرچه این مفهوم به هیجانات منفی‌ای اشاره دارد که در اثر تماس با عضو مبتلا به روان‌گسستگی در اعضای خانواده به وجود می‌آید [۸]، تمرکز اصلی این پژوهش‌ها بر عود علائم روان‌گسستگی در فرد مبتلا است. در حقیقت هیجان ابراز شده بالا و هیجان ابراز شده پایین، انگي است که به خانواده زده می‌شود و مانع فهمی همدلانه از تعاملات پیچیده دخیل در چنین بحرانی می‌شود [۹].

مفهوم فشار وارد بر خانواده برای بررسی باری که بخاطر نگهداری از این بیماران بر مراقبان آن‌ها تحمیل می‌شود، در پیشینه پژوهشی رواج یافت. اما این مفهوم بیشتر به فرسودگی‌های ناشی از دوره مزمن بیماری توجه دارد، تا تأثیرات حاصل از بحران شروع علائم. این در حالی است که بیشترین تأثیر روان‌گسستگی بر خانواده به بحران شروع علائم مرتبط است، نه مدت تداوم بیماری [۹]. بنابراین، به اثرات بسیاری از روان‌گسستگی‌هایی که به تشخیص اسکیزوفرنی مزمن منتهی نشده‌اند، توجه کمتری شده است. این مسئله به‌وسیله ورود یک مقوله‌بندی جدید پژوهشی به مطالعات مربوط به اختلالات روان‌گسسته‌وار، ذیل عنوان «روان‌گسستگی مرحله اول»، مورد توجه پژوهشگران قرار گرفت.

یکی از دلایل پدیدآیی مفهوم روان‌گسستگی مرحله اول تأکید بر اهمیت «تشخیص زودهنگام» است [۳]. مراقبت‌های درمانی در اولین دوره روان‌گسستگی اغلب با تأخیر صورت می‌گیرد [۱۰]. بنابراین، یکی از متغیرهای مهم در این حوزه، «دوره روان‌گسستگی درمان نشده (DUP)» است. منظور از دوره روان‌گسستگی درمان نشده، فاصله زمانی بین شروع علائم روان‌گسسته‌وار تا شروع اولین درمان مؤثر است [۱۱-۱۳]. مطالعات گوناگون فاصله زمانی میان شروع علائم روان‌گسسته‌وار و درمان را بین ۱ تا ۲ سال تخمین می‌زنند [۱۱، ۱۲، ۱۴]، که میانگین آن‌ها حدود ۶ ماه است [۱۱، ۱۵، ۱۶].

تأخیر در تشخیص و درمان زودهنگام روان‌گسستگی عواقبی منفی به همراه دارد. اکثر پژوهش‌ها بر ارتباط تأخیر

در درمان‌جویی و نتایج درمانی ضعیف‌تر تمرکز دارند [۱۹، ۱۷]. از سوی دیگر، پژوهش‌های خانواده نیز به بررسی نقش متغیرهای خانواده بر این تأخیر پرداخته‌اند [۱۶، ۱۸، ۲۰]. بنابراین، از بررسی تأثیر DUP بر خانواده، به‌ویژه بر متغیرهای سطح نظام خانواده، تا حدود زیادی غفلت شده است.

یکی از متغیرهای نظام خانواده درماندگی خانواده است. درماندگی خانواده یعنی حالتی نامطبوع و آشفته که از عدم تعادل واقعی یا ادراک‌شده در کارکرد نظام خانواده ناشی می‌شود و به‌وسیله تحمیل مطالبات چندبُعدی بر خانواده مشخص می‌شود [۲۱]. در واقع، درماندگی خانواده نشان‌دهنده میزان بی‌تعادلی و بی‌نظمی نظام خانواده است و میزان انطباق‌یافتگی یا انطباق‌نیافتگی خانواده را، پس از مواجهه با بحران در خانواده، منعکس می‌کند [۲۲].

در پژوهش حاضر رابطه DUP و درماندگی خانواده بررسی شد و در صدد آزمون این فرضیه بود که: «دوره روان‌گسستگی درمان نشده طولانی‌تر پیش‌بینی‌کننده درماندگی خانواده بالاتر است».

روش

طرح پژوهش حاضر، جزء مطالعات غیر آزمایشی، از نوع همبستگی بود. جامعه هدف این پژوهش، شامل کلیه خانواده‌های دارای فرد مبتلا به روان‌گسستگی مرحله اول است، که به یکی از سه مرکز درمانی منتخب شهر تهران مراجعه کرده بودند. در این پژوهش، برای انتخاب گروه نمونه، از روش «نمونه‌گیری هدف‌مند» استفاده شد. به این ترتیب، ابتدا با مراجعه به مراکز درمانی معتبر و منتخب، با خانواده‌های مراجعه‌کننده‌ای که شرایط ورود را دارا بودند و امکان مشارکت در این پژوهش را داشتند، ارتباط برقرار کرده و از میان آن‌ها، بر اساس ملاک‌های ورودی و خروجی، ۱۰۸ خانواده، انتخاب شده و جمع‌آوری اطلاعات لازم انجام شد. در مرحله تحلیل داده‌ها، بعلاوه ملاحظات آماری، یکی از موارد حذف شد. به این ترتیب، حجم نمونه نهایی که در این پژوهش مورد تحلیل قرار گرفت، شامل ۱۰۷ مورد است.

ملاک‌های ورود برای انتخاب گروه نمونه عبارت بودند از: یکی از اعضای خانواده با تشخیص روان‌گسستگی مواجهه شده باشد و تشخیص شامل یکی از این اختلالات باشد: اسکیزوفرنی، اسکیزوفرنی‌مانند، اسکیزوافکتیو، روان‌گسستگی کوتاه‌مدت، روان‌گسستگی تصریح نشده در جای دیگر (NOS)، اختلال هذیانی و دوقطبی «نوع شدید همراه با علائم روان‌گسسته‌وار» باشد. کلیه تشخیص‌ها توسط روان‌پزشک گروه و با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته DSM-IV (SCID) استفاده شد [۲۳]. سن فرد

۰/۸۷ محاسبه کردند و از نظر روایی نیز، بین نمره این مقیاس با فشار شدید خانوادگی، الگوی نابسامان ارتباطی و فقدان حمایت اجتماعی ارتباطی قوی یافتند [۲۲]. در مطالعه حاضر نیز، ضریب آلفای این مقیاس ۰/۷۳۱ بدست آمد.

مصاحبه نیمه‌ساختار یافته: از این ابزار برای سنجش DUP استفاده شد [۲۴]. در پژوهش حاضر از مواد منتخب این ابزار استفاده شد. این مواد، DUP را بر اساس ادراک خانواده اندازه‌گیری می‌کنند. برای محاسبه DUP معتبر، از شیوه/ولیویرا و همکاران استفاده شد [۲۰]. به این ترتیب، پرسش‌هایی مربوط به DUP توسط مصاحبه‌کننده مطرح شده و پاسخ‌ها به‌طور کامل ضبط شد. سپس، دو پژوهشگر با استفاده از مصاحبه ضبط شده، هر یک به‌طور جداگانه، DUP را محاسبه کردند. در مواردی که DUP محاسبه شده توسط دو پژوهشگر با یکدیگر همخوانی نداشت، در جلسه‌ای، معروف به جلسه اجماع (CM)، با حضور همه پژوهشگران و بر اساس اجماع، DUP تعیین گردید.

شیوه اجرا: ابتدا به سه مورد از مراکز معتبر درمان بیماری‌های روانی شهر تهران مراجعه و به‌صورت هفتگی، با مراجعه به مدارک (پرونده بیماران) و مشورت با درمانگران این مراکز، موارد همخوان با معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. به‌طور منظم، در هر مورد، با خانواده فرد مبتلا تماس برقرار شد و پس از ارائه شرحی مختصر از هدف و نحوه اجرای پژوهش، از مراقب اصلی و نیز خود فرد مبتلا، برای جمع‌آوری داده‌ها دعوت به‌عمل آمد (در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری بود، تمام مراحل جمع‌آوری داده‌ها در محل انجام گرفت).

مبتلا بین ۱۸ تا ۳۵ سال باشد، علائم روان‌گسسته‌وار برای اولین بار در خانواده رخ داده باشد و خانواده پیش از این با چنین تجربه‌ای (در هیچ یک از اعضا) مواجه نشده باشد. طول مدت بروز روان‌گسستگی، پیش از مراجعه هنگام جمع‌آوری اطلاعات، حداکثر ۲۴ ماه باشد. در هنگام جمع‌آوری اطلاعات شخص مبتلا حداکثر سه ماه درمان ضد روان‌گسستگی دریافت کرده باشد. ملاک‌های خروج نیز عبارتند از: روان‌گسستگی‌های ناشی از شرایط پزشکی و نیز ناشی از سوء مصرف مواد، سابقه روان‌گسستگی در دیگر اعضای خانواده، وجود هم‌ابتلائی با اختلال شخصیت، تشخیص تمارض، وجود معلولیت جدی ذهنی و جسمی، به‌ویژه عقب‌ماندگی ذهنی و روان‌گسستگی‌های دوران تحول (مثل اوتیسم و اسپرگر) و مراقب اصلی قادر به خواندن و نوشتن به زبان فارسی نباشد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این اطلاعات به‌وسیله یک پرسشنامه محقق‌ساخته سنجیده شد، که شامل سه بخش اطلاعات مربوط به فرد مبتلا، مراقب اصلی، و خانواده بود. با توجه به پیشینه پژوهشی، سه مورد از این داده‌ها (درآمد خانواده، جنسیت و وضعیت اشتغال فرد مبتلا) در تحلیل رگرسیون بصورت آماری کنترل شدند.

مقیاس درماندگی خانواده (FDI): میزان درماندگی خانواده توسط مقیاس درماندگی خانواده سنجیده شد [۲۲]. این مقیاس شامل ۸ ماده است که آزمودنی در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای به هر پرسش پاسخ می‌دهد. مک‌کوین، تامپسون و مک‌کوین اعتبار درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس درماندگی خانواده را

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی مربوط به مقیاس درماندگی خانواده (FDI)

ردیف	متغیر	میانگین	انحراف معیار	مقدار بیشینه	مقدار کمینه	دامنه تغییرات	دامنه نظری
۱	مقیاس درماندگی خانواده (FDI)	۱۲/۶۵	۴/۶۳	۲۳	۲	۲۱	۰-۲۴

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی مربوط به دوره روان‌گسستگی درمان نشده

ردیف	متغیر	میانگین	انحراف معیار	مقدار بیشینه	مقدار کمینه	دامنه تغییرات
۱	دوره روان‌گسستگی درمان نشده (DUP) (به هفته)	۳۲/۲۳	۲۶	۲۰/۳۳	۲	۹۹
۲	log ₁₀ DUP	۱/۴۳	۱/۴۲	۰/۲۶۶	۲/۰۰	۱/۷۰

پس از پایان مراحل جمع‌آوری داده‌ها، یک جزوه راهنما، مخصوص خانواده‌های افراد مبتلا به روان‌گسستگی مرحله اول، در اختیار خانواده قرار داده شده و تلاش شد تا در حد امکان به پرسش‌های خانواده، در زمینه ماهیت بیماری، درمان‌ها و غیره، پاسخ داده شود (لازم به ذکر است که این راهنمایی برای خانواده‌هایی که تشخیص‌های داده شده در مرکز درمانی، مورد تأیید روانپزشک گروه قرار نگرفت نیز

در ابتدای فرایند جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا تشخیص‌های داده شده در مراکز درمانی، توسط روانپزشک گروه بررسی و موارد مورد تأیید برای جمع‌آوری اطلاعات اصلی انتخاب شدند. سپس، با مراقب اصلی مصاحبه (به مدت حدوداً ۳۰ دقیقه) انجام گرفت. در آخرین بخش، جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار مراقب اصلی قرار گرفت.

بود. برای نزدیک تر شدن شکل توزیع DUP به حالت نرمال، معمولاً از «تبدیل لگاریتم ۱۰» استفاده می‌شود [۲۸-۲۵]. بنابراین، با توجه به اینکه در محاسبات آماری ضرایب همبستگی و رگرسیون از $\log_{10}DUP$ استفاده شد. داده‌های توصیفی مربوط به دو متغیر درماندگی خانواده و دوره روان‌گسستگی درمان نشده به ترتیب در جدول‌های شماره ۱ و ۲ آمده است.

با همان کیفیت، ارائه شد). برای بررسی رابطه DUP و درماندگی خانواده از ضریب همبستگی گشتاری پیرسون و برای بررسی پیش‌بینی متغیر ملاک (درماندگی خانواده) توسط متغیر پیش‌بین (دوره روان‌گسستگی درمان نشده) از تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. کلیه محاسبات توسط نرم‌افزار آماری SPSS-17 انجام گرفت. در پژوهش حاضر شکل توزیع DUP غیرنرمال

جدول ۳- تحلیل رگرسیون درماندگی خانوادگی بر دوره روان‌گسستگی درمان نشده، پس از کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی

گام	متغیرهای پیش‌بین	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	تغییرات F (ΔF)	سطح معناداری ΔF
۱	جنس	رگرسیون	۱۳۷/۹۴۵	۳	۴۵/۹۸۲	۲/۲۱۹	۰/۰۹	۲/۲۱۹	۰/۰۹
	وضعیت اشتغال	باقیمانده	۲۱۳۴/۲۶۰	۱۰۳	۲۰/۷۲۱				
۲	سطح درآمد خانواده	کل	۲۲۷۲/۲۰۶	۱۰۶	۸۸/۰۴۵	۴/۶۷۷	۰/۰۰۱	۱۱/۳۸۱	۰/۰۰۱
	$\log_{10}DUP$	رگرسیون	۳۵۲/۱۸۰	۴	۱۸/۸۲۴				
		باقیمانده	۱۹۲۰/۰۲۵	۱۰۲					
	کل	۲۲۷۲/۲۰۶	۱۰۶						

جدول ۴- اطلاعات مربوط به ضرایب رگرسیون و ضرایب تعیین

گام	متغیرهای پیش‌بین	ضریب B	ضریب بتا (β)	t	سطح معناداری t	ضریب تبیین (R^2)	R ²	خطای معیار برآورد
۱	جنس فرد مبتلا	-۱/۸۶۸	-۰/۲۰۲	-۲/۰۸۸	۰/۰۴	۰/۰۶۱	۰/۰۶۱	۰/۸۹۵
	وضعیت اشتغال فرد مبتلا	-۰/۴۷۵	-۰/۰۵۰	-۰/۵۱۶	۰/۰۶			۰/۹۱۹
	سطح درآمد خانواده	-۰/۸۹۵	-۰/۰۹۷	-۱/۰۰۴	۰/۳۲			۰/۸۹۲
۲	جنس فرد مبتلا	-۱/۷۵۷	-۰/۱۹۰	-۲/۰۵۸	۰/۰۴			۰/۸۵۴
	وضعیت اشتغال فرد مبتلا	۰/۲۸۷	-۰/۰۳۰	۰/۳۱۷	۰/۰۷			۰/۹۰۵
	سطح درآمد خانواده	-۰/۸۴۶	-۰/۰۹۲	-۰/۹۹۶	۰/۳۲			۰/۸۵۰
	$\log_{10}DUP$	۵/۵۳۷	۰/۳۱۸	۳/۳۷۴	۰/۰۰۱	۰/۱۵۵	۰/۰۹۴	۱/۶۴۱

یافته‌ها بر اساس ضریب همبستگی گشتاری پیرسون محاسبه شده، میان دو متغیر دوره روان‌گسستگی درمان نشده و درماندگی خانواده همبستگی مثبت ($r=0/326$) و معنادار ($P<0/01$) برقرار است. به این ترتیب، وجود رابطه میان این دو متغیر تأیید شد. به منظور بررسی رابطه خطی میان این دو متغیر و نیز بررسی سهم متغیر پیش‌بین (دوره روان‌گسستگی درمان نشده) در واریانس متغیر ملاک (درماندگی خانواده)، از تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول‌های شماره ۳ و ۴ آمده است.

همان‌گونه که در جدول‌های شماره ۳ و ۴ مشخص شده است، متغیرهای جمعیت‌شناختی در مرحله اول و دوره روان‌گسستگی درمان نشده ($\log_{10}DUP$) در مرحله دوم تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی وارد شدند. با ورود $\log_{10}DUP$ ، در مرحله دوم تحلیل رگرسیون، ضریب تبیین افزایش می‌یابد ($\Delta R^2=0/094$)، که این تغییر معنادار است.

نتایج به‌دست آمده در چارچوب الگوی تاب‌آوری در تنیدگی، سازگاری و انطباق خانواده [۲۲] قابل تبیین است. بر اساس این مدل، واکنش خانواده در مواجهه با یک عامل تنیدگی‌زا از دو مرحله تشکیل شده است: ۱) مرحله سازگاری؛ اگر مطالبات مرتبط با عامل تنیدگی‌زا در نظام خانواده بی‌تعادلی و چالش شدید ایجاد نکند (عوامل تنیدگی‌زای هنجاری)، تغییراتی اندک در کارکرد سیستم

یافته‌ها بر اساس ضریب همبستگی گشتاری پیرسون محاسبه شده، میان دو متغیر دوره روان‌گسستگی درمان نشده و درماندگی خانواده همبستگی مثبت ($r=0/326$) و معنادار ($P<0/01$) برقرار است. به این ترتیب، وجود رابطه میان این دو متغیر تأیید شد. به منظور بررسی رابطه خطی میان این دو متغیر و نیز بررسی سهم متغیر پیش‌بین (دوره روان‌گسستگی درمان نشده) در واریانس متغیر ملاک (درماندگی خانواده)، از تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول‌های شماره ۳ و ۴ آمده است.

شد، که این ابزار یک مقیاس فردی بشمار می‌رود. بنابراین، به سبب تفاوت در واحد سنجش، باید در مقایسه نتایج این مطالعه با نتایج چنین مطالعاتی محتاط بود. مسئله دیگری که در تفسیر نتایج باید به آن توجه کرد این است که در این پژوهش، از DUP ادراک شده توسط خانواده استفاده شد. معتبرترین روش برای محاسبه DUP واقعی رویکرد بهترین برآورد مبتنی بر اجماع [۳۷] است، (که در روش مذکور، بر اساس اطلاعات منظم بدست آمده از، درمانگران، خود بیمار و اعضای خانواده او، برآورد انجام می‌گیرد)، اما در پژوهش حاضر، به دو علت از DUP ادراک شده توسط خانواده استفاده شد: اولاً، در برخی از پژوهش‌های که تمرکز اصلی بر تجربه خانواده است، از ادراک خانواده از شروع علائم، بجای DUP واقعی، استفاده می‌شود [۱۲، ۳۸]؛ دوم، به دلیل ضرورت چارچوب نظری، فاصله شروع علائم تا ادراک خانواده از شروع علائم (اسنادهای غلط) باید کنار گذاشته می‌شد. زیرا تا زمانی که خانواده متوجه شروع روان‌گسستگی نشود، عامل تنیدگی‌زای ادراک شده فاجعه‌بار به حساب نمی‌آید و سیستم دچار بحران (و در نتیجه وارد مرحله انطباق) نخواهد شد، و به این ترتیب نمی‌توان استفاده از متغیر پیامدی مرحله انطباق (در اینجا درمان‌دگی خانواده) را توجیه کرد. بنابراین، با استفاده از DUP ادراک شده، اثر ارزیابی‌ها و اسنادهای غلط خانواده (و در نتیجه، مرحله سازگاری خانواده)، عملاً حذف شد. بدیهی است که در تفسیر نتایج نباید این مطلب، یعنی تمایز DUP ادراک شده توسط خانواده و DUP واقعی، نادیده گرفته شود، زیرا ادراک خانواده از آغاز روان‌گسستگی در DUP واقعی مؤثر، اما با آن یکسان نیست [۴۰-۳۸].

نتیجه‌گیری

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان چنین استدلال کرد که پژوهش حاضر آنچه را که در سطح فردی (اثرات DUP بر افراد خانواده) در پیشینه پژوهشی تأیید شده، در سطح نظام خانواده (اثرات DUP بر کارکرد واحد خانواده) بررسی و تأیید کرده است، و از این روی، مسیر پژوهشی نوینی را، در پیشینه پژوهشی مربوط به بررسی تأثیرات روان‌گسستگی مرحله اول بر نظام خانواده، ایجاد کرده است. به علاوه، یکی از تلوئیحات کاربردی نتایج بدست آمده می‌تواند این باشد که سنجش تأخیر در مراجعه درمانی، می‌تواند به‌عنوان شاخصی برای تخمین میزان نیاز خانواده به مداخلات خانوادگی مورد استفاده قرار گیرد. به این ترتیب که طولانی‌تر بودن DUP، احتمال وجود بی‌نظمی و

ایجاد شده و تعادل مجدد حاکم خواهد شد؛ ۲) مرحله انطباق: اگر عامل تنیدگی‌زا کارکرد نظام خانواده را به‌طور جدی به چالش بکشد (عوامل تنیدگی‌زای غیرهنجاری)، سیستم دچار «بحران» شده و برای بازگشت تعادل سیستم، نیاز به ایجاد تغییراتی عمده در کارکرد خانواده خواهد بود [۲۲، ۲۹، ۳۰].

از آنجا که شروع روان‌گسستگی، برای خانواده یک عامل تنیدگی فاجعه‌بار به حساب می‌آید [۳۱]، مسلماً باعث راه‌اندازی مرحله انطباق در خانواده می‌شود. به‌طور خلاصه، منظور از انطباق خانواده پیامد فرایند تاب‌آوری خانواده است [۳۲] و بنابراین، تحت تأثیر تصمیمات و واکنش‌های تعادل‌جویانه خانواده قرار دارد. از سوی دیگر، در پژوهش حاضر، با توجه به تعریف اولیویرا و همکاران، منظور از دوره روان‌گسستگی درمان نشده، تعداد هفته‌های بین اولین نشانه‌های روان‌گسستگی، تا اولین تماس با سیستم خدمات درمانی است [۲۰]. این دوره در پژوهش بچارد-اونس و همکاران تأخیر در یاری‌جویی (DUP-HS) نیز نامیده شده است [۳۳]. از سوی دیگر، با توجه به سنجش این دوره بر اساس ادراک خانواده، در پژوهش حاضر می‌توان آن را شاخصی از رفتار درمان‌جویی خانواده قلمداد کرد.

بنابراین یکی از این واکنش‌های انطباقی اختصاصی در خانواده‌های دارای عضو مبتلا به روان‌گسستگی مرحله اول، درمان‌جویی است. به عبارت دقیق‌تر، هر چه دوره روان‌گسستگی درمان نشده، پس از آگاهی خانواده از شروع روان‌گسستگی و به‌عبارتی مدت مواجهه خانواده با علائم تنیدگی‌زای روان‌گسستگی، بیشتر باشد، بی‌تعادلی و بی‌نظمی بیشتری در کارکرد نظام خانواده (درماندگی بالاتر خانواده) پیش‌بینی می‌شود و متقابلاً، هر اندازه درمان‌جویی خانواده با تأخیر کمتری صورت پذیرد، احتمال کنترل علائم بیماری بیشتر و میزان بی‌تعادلی و بی‌نظمی کمتری در نظام خانواده پیش‌بینی می‌شود.

نکته قابل تأمل این است که مطالعاتی که به بررسی تأثیر روان‌گسستگی مرحله اول بر خانواده پرداخته‌اند، بیشتر به تأثیر روان‌گسستگی بر متغیرهای فردی، مثل درماندگی مراقبان پرداخته‌اند، نه بر متغیرهای مربوط به نظام خانواده [۳۴-۳۶]. برای مثال، در پژوهش کامپتون و همکاران دوره روان‌گسستگی درمان نشده، فشار ادراک شده بالاتری را در مراقبان افراد مبتلا به روان‌گسستگی مرحله اول پیش‌بینی می‌کرد [۱۶]. به تعبیر کامپتون و همکاران فشار بیشتر وارد بر مراقب، از عواقب دوره طولانی‌تر روان‌گسستگی درمان نشده است [۱۶]. در مطالعه مذکور، برای سنجش فشار ادراک شده مراقبان، از مقیاس فشار مراقب (CSI) استفاده

- 13- Malla A, Payne J. First-episode psychosis: Psychopathology, quality of life, and functional outcome. *Schizophrenia Bull.* 2005;31(3):650-71.
- 14- Larson TK, McGlashan TH, Moe LC. First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophrenia Bull.* 1996;22(2):241-56.
- 15- Compton MT, Chien VH, Leiner AS, Goulding SM, Weiss PS. Mode of onset of psychosis and family involvement in help-seeking as determinants of duration of untreated psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43(12):975-82.
- 16- Compton MT, Goulding SM, Gordon TL, Weiss PS, Kaslow NJ. Family-level predictors and correlates of the duration of untreated psychosis in African American first-episode patients. *Schizophrenia Res.* 2009;115(2):338-45.
- 17- Altamura AC, Bassetti R, Sasella F, Salvadori D, Mundo E. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first episode schizophrenia: A retrospective study. *Schizophrenia Res.* 2001;52(1):29-36.
- 18- O'Callaghan E, Turner N, Renwick L, Jackson D, Sutton M, Foley SD, McWilliams S, Behan C, Fetherstone A, Kinsella A. First episode psychosis and the trail to secondary care: Help-seeking and health-system delays. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(3):381-91.
- 19- Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DJ, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatr.* 1992;149(9):1183-8.
- 20- Oliveira AM, Menezes PR, Busatto GF, McGuire PK, Murray RM, Scazufca M. Family context and duration of untreated psychosis (DUP): Results from the Sao Paulo Study. *Schizophrenia Res.* 2010;119(1):124-30.
- 21- Smally KL. Examining the effects of raising autistic children on family functioning: Using the double ABCX model[Dissertation]. Vancouver: British Columbia University; 2000.
- 22- McCubbin HI, Thompson AI, McCubbin MA. Family assessment: Resiliency, coping and adaptation: Inventories for research and practice. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Publishers; 1996.
- 23- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders. New York: New York State Psychiatric Institute, NY; 1998.
- 24- Norman RMG, Malla AK. Course of onset and relapse schedule: interview and coding instruction guide, prevention and early intervention for psychosis program. London: Ontario; 2002.
- 25- Barnes TRE, Leeson VC, Mutsatsa SH, Watt HC. Duration of untreated psychosis and social function: One year follow-up study of first-episode schizophrenia. *Brit J Psychiatr.* 2008;193(3):203-9.
- 26- Joyce E, Hutton S, Mutsatsa S, Gibbinse H, Webb E, Paul S, Robbins T, Barnes T. Executive dysfunction in first-episode schizophrenia Executive dysfunction in first-episode schizophrenia and relationship to duration of untreated psychosis: The West London Study. *Brit J Psychiatr.* 2002;181(43):38-44.
- 27- Gunduz-Bruce H, McMeniman M, Robinson DG, Woerner MG, Kane JM, Schooler NR, Lieberman JA. Duration of untreated psychosis and time to treatment response for delusions and hallucinations. *Am J Psychiatr.* 2005;162(10):1966-9.
- 28- Hutton SB, Huddy V, Barnes TRE, Robbins TV,

بی‌تعادلی بیشتر در نظام خانواده و متعاقباً، نیاز خانواده را به کمک تخصصی، برای بازگشت نظام خانواده به حالت تعادل، پیش‌بینی می‌کند.

تشکر و قدردانی: از کامپتون که ما را در مراحل مختلف انجام این پژوهش یاری کردند سپاسگزارم. همچنین کمال سپاس و قدردانی را از افراد مبتلا به روان‌گسستگی مرحله اول و نیز اعضای خانواده آنان دارم، که با وجود بحران بیماری، صبورانه ما را در انجام این پژوهش همکاری کردند.

منابع

- 1- So SHW, Wong CW. Experience and coping with auditory hallucinations in first-episode psychosis: Relationship with stress coping. *Hong Kong J Psychiatr.* 2008;43(2):122-9.
- 2- Vracotas N, Schmitz N, Joobor R, Malla A. Subjective distress in first-episode psychosis: Role of symptoms and self-esteem. *Early Interv Psychiatr.* 2007;1(3):251-8.
- 3- Askey R, Gamble C, Gray R. Family work in first-onset psychosis: a literature review. *J Psychiatr Ment Health.* 2007;14(4):356-65.
- 4- Gerson R, Davidson L, Booty A, Wong C, McGlashan T, Malespina D, Pincus HA, Corcoran C. Families' experience with seeking treatment for recent-onset psychosis. *Psychiatr Serv.* 2009; 60(6):812-6.
- 5- Gleeson FM, McGorry PD. Psychological interventions in early psychosis: A treatment Handbook: John Wiley & Sons Ltd; 2004.
- 6- Canavan J. The role of the family in schizophrenia. *Trinity Stud Med J.* 2000;1:31-9.
- 7- Hadidi M. Investigation of coping styles and burden in spouses of schizophrenic patients compared with healthy families in Tehran[Dissertation]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 1996. [Persian]
- 8- Guada J, Brekke JS, Floyd R, Barbour J. The relationships among perceived criticism, family contact, and consumer clinical and psychosocial functioning for African-American consumers with schizophrenia. *Commun Ment Health J.* 2008;45(2):106-16.
- 9- O'Brien AS. The effect schizophrenia on the family: A review and personal account. Kansas: Kansas State University; 2008.
- 10- Addington J. International clinical practice guidelines for early psychosis: International early psychosis association writing group. *Brit J Psychiatr.* 2005;187(48):120-4.
- 11- Addington J, VanMastriht S, Hutchinson J, Addington D. Pathways to care: Help seeking behaviour in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106(5):358-64.
- 12- Compton MT, Esterberg ML. Treatment delay in first-episode nonaffective psychosis: A pilot study with African American family members and the theory of planned behavior. *Compr Psychiatr.* 2005;46(4):291-5.

2003;108(4):285-9.

35- Boye B, Bentsen H, Ulstein I, Notland TH, Lersbryggen A, Lingjærde O, Malt UF. Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours: A prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001;104(1):42-50.

36- Tennakoon L, Fannon D, Doku V, O'Ceallaigh S, Soni W, Santamaria M, Kuipers E, Sharma T. Experience of caregiving: Relatives of people experiencing a first episode psychosis. *Brit J Psychiat*. 2000;177:529-33.

37- Bergner E, Leiner AS, Carter T, Franz L, Thompson NJ, Compton MT. The period of untreated psychosis before treatment initiation: A qualitative study of family members' perspectives. *Compr Psychiat*. 2008;49(6):530-6.

38- Compton MT, Kaslow NJ, Walker EF. Observations on parent/ family factors that may influence the duration of untreated psychosis among African American first episode schizophrenia spectrum patients. *Schizophrenia Res*. 2004;68(2):373-85.

39- Esterberg ML, Compton MT. Causes of schizophrenia reported by family members of urban African American hospitalized patients with Schizophrenia. *Compr Psychiat*. 2006;47(3):221-6.

40- DeHaan L, Welborn K, Krikke M, et al. Opinions of mothers on the first psychotic episode and the start of treatment of their child. *Eur Psychiat*. 2004;19(4):226-9.

Crawford TJ, Kennard C, Joyce EM. The relationship between antisaccades, Smooth pursuit, and executive dysfunction in first-episode schizophrenia. *Biol Psychiat*. 2004;56(8):553-9.

29- Patterson JM. Integrating family resilience and family stress theory. *J Marriage Fam*. 2002;64(2):349-60 .

30- Patterson JM. Families experiencing stress: I. The family adjustment and adaptation response model: II. Applying the FAAR model to health-related issues for intervention and research. *Fam Sys Health Med*. 1998;6(2):202-37.

31- Saunders J. Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues Ment Health Nurs*. 2003;24(2):175-98.

32- Bester C. The identification of resilience in and the development of a corresponding intervention programme for families with a parent living with major depressive disorder [Dissertation]. Stellenbosch: Stellenbosch University; 2009.

33- Bechard-Evans L, Schmitz N, Abadi, S, Joobar R, King S, Malla A. Determinants of help-seeking and system related components of delay in the treatment of first-episode psychosis. *Schizophrenia Res*. 2007;96(1):206-14.

34- Addington J, Coldham, EL, Jones B, Ko T, Addington D. The first episode of psychosis: The experience of relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.