

## مقاله‌ی پژوهشی

## هیجان‌ات درک شده‌ی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری: مطالعه‌ی کیفی

## خلاصه

**مقدمه:** عوامل اجتماعی متعددی در اختلال وسواسی-اجباری نقش بازی می‌کنند و نوع رفتار و هیجان‌ات خانواده در ارتباط با بیمار از جمله عوامل مهم در شروع، شدت و عود اختلال وسواسی-اجباری شناخته شده است. مطالعه‌ی حاضر به منظور شناخت هیجان‌ات درک شده‌ی بیمار در محیط خانواده انجام گرفته است.

**روش کار:** مطالعه‌ی حاضر از نوع کیفی می‌باشد که با استفاده از روش نمونه-گیری هدفمند بر روی ۱۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری انجام شد. در این مطالعه از روش Focus Group جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. تمام اظهارات بیماران ضبط و کلمه به کلمه پیاده گردید. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوا تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که هیجان‌ات ادراک شده بیماران در ۴ حیطه‌ی مربوط به هیجان‌ات ابراز شده در خانواده شامل آمیختگی بیش از حد، انتقادگری، بی‌توجهی و عدم حمایت عاطفی و خشونت طبقه‌بندی می‌شود و این هیجان‌ات باعث برانگیختن احساساتی نظیر عدم اعتماد به نفس، احساس تحت کنترل بودن، نداشتن حریم شخصی، احساس درک نشدن، خشم و عصبانیت، احساس گناه و ناامیدی، احساس تنهایی، افسردگی، بی‌ارزشی، بی‌توجهی و طرد شدن، اضطراب و خودسرزنی در بیماران شده بود.

**نتیجه‌گیری:** هیجان‌ات درک شده‌ی بیماران از سوی خانواده، گویای واکنش-های غیر انطباقی خانواده در ارتباط با بیمار می‌باشد که خود، تهدیدکننده‌ی سلامت بیماران و شکست نتایج درمانی و شدت و عود اختلال وسواسی-اجباری می‌باشد. هیجان‌ات درک شده‌ی بیماران به گونه‌ای بیانگر عدم آموزش خانواده، عدم آشنایی آنان با ماهیت بیماری‌های روان‌پزشکی و به نوعی آشفتگی روانی و ارتباطات ناسالم در محیط خانواده می‌باشد بنابراین برگزاری جلسات آموزش خانواده به عنوان پایه و مکمل درمان در پیشگیری از عود اختلال وسواسی-اجباری باید مورد توجه درمانگران قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال وسواسی-اجباری، خانواده، هیجان ابراز شده

رضوان ساعی

کارشناس روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، بیمارستان روان‌پزشکی کارگر نژاد، کاشان، ایران

\* زهرا سپهرمنش

دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، بیمارستان روان‌پزشکی کارگر نژاد، کاشان، ایران

افشین احمدوند

دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، بیمارستان روان‌پزشکی کارگر نژاد، کاشان، ایران

\*مؤلف مسئول:

بیمارستان روان‌پزشکی کارگر نژاد، کاشان، ایران

z.sepهرانesh@gmail.com

تاریخ وصول: ۹۵/۰۲/۰۹

تاریخ تایید: ۹۵/۰۸/۱۶

## پی‌نوشت:

این مطالعه با تایید دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شده و با منافع نویسندگان، رابطه‌ای نداشته است. نویسندگان از تمامی بیماران عزیزی که در این مطالعه شرکت نمودند، هم‌چنین از همکاری صمیمانه سرکار خانم زهرا قره‌داغی (پرستار) و واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان روان‌پزشکی کارگر نژاد و متینی دانشگاه علوم پزشکی کاشان تقدیر و تشکر می‌نمایند.

## مقدمه

در روان‌شناسی، هیجان‌ها معمولاً به احساسات و واکنش‌های عاطفی اشاره دارند. هر هیجان از سه مولفه‌ی اساسی شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری برخوردار است. هیجان‌ها متشکل از الگوهای پاسخ‌های فیزیولوژیکی و رفتارهای مخصوص به نوع هستند. از نظر غالب مردم، هیجان، همان احساسی است که به فرد دست می‌دهد ولی هیجان یک رفتار است نه یک تجربه‌ی خصوصی (۱).

در روان‌پزشکی و درمان بیماران مبتلا به اختلالات روانی، خانواده به عنوان یکی از پایه‌های اساسی درمان به شمار می‌رود و محیط هیجانی خانواده در برابر بیماری از اهمیت فراوانی برخوردار بوده و فضای هیجانی خانواده در بروز و یا عود بیماری موثر است (۲). هیجان ابراز شده یکی از موضوعات مهمی است که در حوزه‌ی خانواده به عنوان عامل موثر در بروز و شدت اختلالات روانی، نشان‌دهنده‌ی شرایط هیجانی و منعکس‌کننده‌ی کیفیت رابطه‌ی اعضای خانواده با بیمار است که شامل ابعاد و نظرات انتقادی و خصومت‌آمیز و آمیختگی عاطفی شدید می‌باشد (۳). در میان عوامل خانوادگی موثر در درمان، هیجان ابراز شده در اکثر مطالعات به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی عود اختلالات اسکیزوفرنیا، افسردگی و دمانس و اضطرابی مشخص شده در صورتی که مطالعات خیلی کمی به نقش آن در اختلال وسواسی-اجباری پرداخته‌اند (۴). هیبز<sup>۱</sup> نشان داد که ۴۶ درصد پدران و ۶۶ درصد مادران ۴۹ کودک مبتلا به وسواس، سطوح بالای هیجان ابراز شده داشتند. این میزان در والدین کودکان مبتلا به وسواس، بالاتر از کودکان عادی بود. هم‌چنین والدین با هیجان ابراز شده‌ی بالا، تشخیص‌های روان‌پزشکی بیشتر، تعارضات خانوادگی و نارضایتی زناشویی بیشتری داشتند (۵). مطالعات نشان می‌دهد که هیجان ابراز شده‌ی بالاتر ممکن است پیامد بدتری را برای وسواس پیش‌بینی کند در صورتی که احساسات مثبت خانواده نسبت به بیمار، پیشرفت بهتری را در درازمدت نشان می‌دهد (۶). استیکتی<sup>۲</sup> تعاملات خانوادگی را طی ۹ ماه بعد از درمان بررسی کرد. عملکرد خانوادگی و اجتماعی ضعیف و تعاملات خانوادگی منفی (هیجان ابراز شده) در ارتباط با بیمار، با منافع کمتر بعد از درمان و احساسات مثبت در محیط خانه با پیشرفت بیشتر درمان همراه بود (۷).

مطالعات مختلف بر ارتباط نزدیک سطوح هیجان ابراز شده با افزایش مصرف دارو و سطح عملکرد و میزان عود بیماری دلالت دارند (۴). در بعضی خانواده‌ها هیجان ابراز شده در اکثر اوقات ثابت نیست، هر چند اسکازوفکا<sup>۳</sup> در مطالعه‌ی خود با ۹ ماه پی‌گیری مطرح می‌کند که هیجان

ابراز شده در دوسوم خانواده‌ها در بدو بیماری ثابت بوده و تغییرات در سطوح آن با تغییرات فرسودگی خانواده و وسعت و میزان تماس بین بیمار و خانواده، قابل پیش‌بینی است (۸). به نظر بارولوق<sup>۴</sup>، هیجان ابراز شده ممکن است تعاملات پیچیده‌ای بین بیمار و اعضای خانواده ایجاد کند و در واقع بیماری و رفتارهای بیمار، بخش مهمی از روند کمک به مشا هیجان ابراز شده و تغییرات آن در یک خانواده در طول زمان می‌باشد (۹). شانموقیه<sup>۵</sup> نشان داد هیجان ابراز شده در بیماران مبتلا به وسواس، بالا بوده و انتقادگری و آمیختگی عاطفی شدید در خانواده وجود داشت و شدت آمیختگی عاطفی بیش از انتقادگری بود (۱۰). مطالعه‌ی کودکان مبتلا به وسواس درمان شده با دارو طی ۲ تا ۷ سال پی‌گیری نشان داد کودکان با والدین با هیجان ابراز شده‌ی بالا، سازگاری و انطباق ضعیف‌تری نسبت به کودکانی داشتند که هیجان ابراز شده در خانواده‌ی آن‌ها پایین بود (۱۱). بنابراین ارزیابی سطح هیجان ابراز شده‌ی خانواده می‌تواند ابزار مفیدی جهت شناخت این مسئله باشد که روابط خانوادگی می‌توانند در سیر بیماری اثرگذار باشد یا خیر؟ با توجه به شیوع بالای اختلال وسواسی-اجباری در شهر کاشان و میزان عود مکرر این بیماری و نگرش نامناسب برخی خانواده‌ها در خصوص اختلالات روانی، بر آن شدیم جهت دستیابی به تجربیات بیماران در خصوص رفتار مراقبان مطالعه‌ی کیفی انجام دهیم تا با شناخت درست و درک واقعی بیماران در پی راهکارهای مفید جهت کاهش میزان عود بیماری و شدت آن باشیم. هدف این مطالعه تبیین هیجان‌ها درک شده مبتلایان به اختلال وسواس در ارتباط با خانواده‌شان در شهر کاشان بود.

## روش کار

این مطالعه‌ی کیفی جهت شناخت هیجان‌ها درک شده مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری در ارتباط با خانواده‌ی آن‌ها با روش نمونه-گیری هدف‌مند با ۱۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بستری در بیمارستان روان‌پزشکی کارگرنژاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد. معیارهای ورود عبارتند از: اختلال وسواسی-اجباری بر اساس ملاک‌های تشخیصی چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و تشخیص روان‌پزشک، سن حداقل ۲۰ سال، شدت وسواس بر اساس تست ییل-براون بیش از ۲۵. معیارهای خروج شامل عقب‌ماندگی ذهنی، ضایعات ارگانیک مغزی، تشنج، اختلالات سایکوز و دوقطبی است. بیماران از نظر شدت و طول مدت بیماری و سطح تحصیلات و تعداد بستری تقریباً همگن بودند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از مطالعه، هدف و چگونگی انجام مطالعه توضیح داده شده

<sup>4</sup> Barrowclough

<sup>5</sup> Shanmugiah

<sup>1</sup> Hibbs

<sup>2</sup> Steketeet

<sup>3</sup> Scazufca

و رضایت آگاهانه اخذ و در تمام مراحل، محرمانه نگهداشتن اطلاعات شخصی افراد لحاظ گردید. در این مطالعه از روش گروه متمرکز<sup>۱</sup> برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد و یک دستیار روان‌پزشکی و روان‌شناس به عنوان رئیس جلسه، گروه را اداره کردند. اطلاعات حاصل، کلمه به کلمه به زبان شرکت‌کننده توسط روان‌شناس حاضر در گروه نوشته و ضبط گردید. تحلیل اطلاعات به روش تحلیل محتوا همزمان با جمع‌آوری اطلاعات انجام شد. به این صورت که ابتدا واحدهای معنایی مشخص و سپس کدهای مرتبط و زیرشاخه‌های آن استخراج و در ۴ طبقه‌ی اصلی و ۱۲ طبقه‌ی فرعی خلاصه شدند. جهت اعتبار داده‌ها از تلفیق جمع‌آوری داده‌ها، یادداشت در عرصه، دست‌نوشته‌ها و موارد ضبط شده مرور و بازنگری و مقایسه‌ی مداوم داده‌ها استفاده شد. برای تایید مقبولیت داده‌ها و اعتبار و روایی تحقیق، داده‌های کیفی شرکت‌کنندگان به آن‌ها تحویل داده شد تا در صورت نیاز اصلاح شود و برای مشخص شدن موارد تناقض در کدگذاری تمامی اظهارات شرکت‌کنندگان توسط ۳ تن از پژوهشگران دیگر به صورت جداگانه کدگذاری و موارد متضاد، بررسی و رفع گردید.

### نتایج

شرکت‌کنندگان ۱۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بستری در بیمارستان روان‌پزشکی با محدوده‌ی سنی بیماران ۲۲ تا ۳۸ سال و میانگین سنی آن‌ها  $30 \pm 4/89$  سال بودند. از نظر جنسیت ۶ نفر زن و ۴ نفر مرد، ۵ نفر متأهل و ۵ نفر مجرد بودند و تحصیلات همه‌ی آنها دیپلم بود. از نظر شدت اختلال بر اساس تست ییل-براون تمامی بیماران در سطح شدید قرار داشتند و میانگین مدت بیماری آن‌ها ۷ سال بود. از لحاظ تعداد بستری، سابقه‌ی بستری بیش از ۵ بار را گزارش نمودند. بر اساس نتایج تحلیل داده‌ها، هیجانان درک شده بیماران در ۴ طبقه‌ی اصلی که هر یک شامل چند زیرشاخه می‌شدند طبقه‌بندی شدند که در جدول ۱ هیجانان درک شده بیماران با نقل قول خود آن‌ها ارایه می‌گردد.

هیجانان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در ارتباط با خانواده آمیختگی هیجانی بیش از حد و واکنش‌های خانواده و مراقبان بیمار در برابر رفتار بیماران به گونه‌ای به شکل مداخله در کار بیمار درآمده بود که اکثریت بیماران از این نوع رفتار، اظهار ناراحتی نموده و بیان می‌کردند که این نوع طرز برخورد خانواده باعث آزار و اذیت آن‌ها می‌شود. به گونه‌ای که احساسات بیماران در این زمینه به خوبی بیانگر این هیجان می‌باشد.

الف- عدم اعتماد به نفس

تعدادی از بیماران احساسات‌شان نسبت به هیجانان خانواده و دخالت آن‌ها به این گونه بیان می‌کردند که رفتار خانواده در خصوص بیماری-شان باعث احساس عدم اعتماد به نفس در بیمار می‌شود. خانم ۲۲ ساله‌ای عنوان کرد: "در انجام بعضی از کارام اصرار می‌کنم که حتما کنار من باشند، مثلاً اگر قراره که من ظرفا رو بشورم کنار من می‌ایستن و مدام امر و نهی می‌کنن که کمتر آب رو باز کن، این طرف ظرف رو بشور، اول این رو بشور، این قدر وقت تلف نکن و ...".

ب- احساس تحت کنترل بودن

خانم ۲۹ ساله‌ای اظهار داشت: "مامانم مدام منو زیر نظر داره تا ببینه چه کار می‌کنم بخوام یه کار شخصی انجام بدم ممکنه اون کار اصلاً مهم هم نباشه یا دزدکی نگام می‌کنن یا ازم سؤال می‌پرسن، بخوام برم دستشویی مثلاً برگردم یه دستمال بردارم می‌پرسن دستمالو برا چی می‌خوای، می‌خوای چکار کنی و... مثل یه بچه مراقب من هستن".

ج- نداشتن حریم شخصی

برخی بیماران از نبود جو صمیمانه و گرم و این که خانواده، محلی برای آرامش خاطر و راحتی انجام کارهای‌شان نیست ناراضی بودند. بیماری مطرح کرد: "کافیه دوستم زنگ بزنه، من جرات ندارم برم اتاق دیگه باهاش حرف بزنم اصلاً اتاق دیگه برا ما معنا نداره چون که می‌خوان از هیچ کدوم از کارام غافل نباشن و همه چیزو در مورد من بدونن، کاری می‌کنن که هر کاری می‌خوام انجام بدم باید براشون توضیح بدم، این باعث شده تا با بقیه هم (خارج از محیط خانه) این جور باشم، اصلاً تو خونه‌ی ما تلفنی حرف زدن با دوست، معنی نداره. رفتارشون هم خوب و صمیمی نیست که باهاشون احساس راحتی کنم گاهی احتیاجه که آدم با دوستش صحبت کنه".

انتقادگری

الف- احساس درک نشدن

بیمار خانم ۳۱ ساله با حالتی مستاصل و ناراحت عنوان کرد: "وقتی حالم بد می‌شه و دچار اضطراب می‌شم و وسواسم شدید می‌شه فحش می‌دن و سرزنشم می‌کنن. می‌گن خودت باعث شدی این جور بشی. چقدر بهت گفتیم شستنت رو کم کن، گوش ندادی و ...".

بیماری دیگر عنوان کرد: "اضطرابم که زیاد می‌شه و به نظافت خونه یا بچه‌هام گیر می‌دم بچه‌هام منو می‌زنن یا می‌گن وسایلتو میش کونیم، چیزاتو می‌ریزیم پایین، خسته شدیم. فکر می‌کنن که دست خودمه".

ب- احساس خشم و عصبانیت

مرد ۳۸ ساله‌ای بیان کرد: "خانواده‌ام نمی‌خوان قبول کنن که من مریضم. فکر می‌کنن دارم باهاشون لجبازی می‌کنم احساس می‌کنم ازم خوششون نمیداد خیلی ناراحت می‌باشم بعضی وقتا می‌خوام از دستشون داد بزنم".

<sup>۱</sup>Focus Group

مشارکت‌کننده‌ی دیگری عنوان کرد: "اطرافیان من می‌گن تمام این رفتاری که نشون می‌دی و کارایی که می‌کنی باعث و بانیش خودتی، تو از قصد این کار رو می‌کنی که ما رو حرص بدی، این رفتارشون خیلی عصبانیم می‌کنه".

#### ج- احساس گناه و ناامیدی

خانم ۳۱ ساله‌ای گفت: "وقتی خانواده‌م از من می‌خوان که طبق میل و خواسته‌ی اونا رفتار کنم و من نمی‌تونم، احساس بدی پیدا می‌کنم احساس می‌کنم خانواده‌م رو اذیت می‌کنم و اونا از دست من عذاب می‌کشن".

دختر ۳۲ ساله‌ای عنوان کرد: "وقتی حمام می‌رم و حمام کردن من طول می‌کشه مادرم مدام صدام می‌زنه که چقدر وقته اون تویی چاه خونه پر شد. بعد شروع می‌کنه به داد و بیداد کردن و فحش دادن و نفرین کردن. اون موقع حال من بدتر می‌شه دوست دارم خودمو بکشم راحت شم تا کسی از دست من اذیت نشه مادرم پیره و تحمل این چیزا رو نداره".

#### عدم حمایت عاطفی

#### الف- احساس تنهایی

مشارکت‌کننده‌ی دیگری گفت: "احساس می‌کنم خیلی تنهام، کسی رو ندارم که پشتم باشه طوری باهام رفتار شده که حتی زمانی که حالم خوبه احساس می‌کنم که ازم خسته شدن".

#### ب- افسردگی

بیماری با ناراحتی و پریشانی فراوان بیان کرد که: "هیچ کس به حرف دل ما نمی‌رسه مگه این که خودش دچار وسواس بشه بابام به من می‌گه که تو هیچت نیست تو مشکلی نداری می‌خوای جلب توجه کنی، ناراحت می‌شم می‌گم کاش به جای این حرفا بهم کمک می‌کردن".

#### ج- احساس بی‌توجهی و طرد شدن

بیمار دیگری گفت: "به جای این که به ما کمک کنن می‌گن تو باعث ننگ مایی، تو خرافاتی هستی، بهم کم‌محل می‌کنن می‌گن آدم وسواسی همیشه از اون ور بوم می‌افته تو انقدر که خودتو آبکشی می‌کنی بیشتر نجس می‌شی. میگن تو خانواده‌ی ما که چنین چیزی وجود نداشت تو آبروی ما رو بردی".

#### د- احساس بی‌ارزشی

بیماری عنوان کرد: "اصلا منو آدم حساب نمی‌کنن چه برسه به این که از من بخوان تا کاری رو براشون انجام بدم حرف می‌زنم صحبت‌م رو قطع می‌کنن منو جلو جمع کوچیک می‌کنن منو به اسم خاصی صدا می‌زنن".

#### خشونت و کج‌خلقی

#### الف- اضطراب

#### ب- خودسرزنی

بیماری عنوان کرد: "مادرم اصلا تحمل کارای منو نداره از بیماری من حالش بد می‌شه و سردردای شدید می‌گیره. خودم رو مقصر می‌دونم ولی کاری هم از دستم برنمیاد چون نمی‌تونم جلوی وسواسم رو بگیرم. خواهرام می‌گن تو آخرش مادرو سخته می‌دی به خاطر تو مریض شده، شروع به بد و بیراه گفتن می‌کنن. سرزنش زیاد و برچسب زدن آدمو داغون می‌کنه".

#### بحث

این مطالعه با هدف شناخت هیجان‌ها درک شده بیماران اختلال وسواسی-اجباری در ارتباط با خانواده‌ی آنها انجام شد. هیجان‌ها درک شده در طبقاتی شامل آمیختگی هیجانی بیش از حد، انتقادگری، عدم حمایت عاطفی، خشونت و کج‌خلقی قرار گرفتند که هر کدام شامل زیرطبقات فرعی می‌باشد. بیماران طیف وسیعی از هیجان‌ها منفی را از خانواده دریافت کرده بودند. دخالت بیش از حد و عدم حمایت عاطفی، بیش از دو طبقه‌ی دیگر بود و بنا بر اظهارات بیماران، هیجان‌ها منفی باعث شده بود در وضعیت روانی آنها تغییراتی منجر به آشفتگی بیمار ایجاد گردد. بیماران با خانواده‌های بیش از حد کنترل‌کننده و فاقد حمایت عاطفی کافی، احساساتی نظیر عدم اعتماد به نفس، تحت کنترل بودن و نداشتن حریم شخصی، تنهایی، عدم همدلی، بی‌توجهی و طرد شدن از سوی خانواده و بی‌ارزشی را بیشتر از سایرین تجربه کردند.

در توجیه این مطلب می‌توان گفت اختلال وسواسی-اجباری اغلب تأثیرات ناتوان‌کننده‌ای بر خانواده گذاشته و طیف پاسخ‌های خانواده از حمایت و همدلی تا همراهی افراطی و آمیختگی بیش از حد با بیمار تا خشونت و طرد، متغیر است (۱۲). فراوانی بالای آمیختگی هیجانی بیش از حد و عدم حمایت عاطفی در خانواده‌های بیماران مبتلا به وسواس را شاید بتوان این گونه تبیین کرد که خانواده‌ها اغلب در شروع اختلال، از آمیختگی شدید به عنوان یک واکنش در پاسخ به آشفتگی بیمار استفاده می‌کنند ولی با مرور زمان و ماهیت مزمن اختلال در جریان فرسوده شدن خانواده، این واکنش به شکل رها کردن و عدم حمایت عاطفی ظاهر می‌یابد. با توجه به این که تمام بیماران این مطالعه از اختلال وسواس مزمن رنج می‌بردند وجود این دو هیجان متضاد می‌تواند قابل توجیه باشد. از جمله عواملی که نقش مهمی در شناخت هیجان‌ها ابراز شده دارد شناخت خصوصیات فرهنگی خانواده‌ها نظیر نگرش نسبت به بیماری

اجباری می‌گردد. خانواده‌هایی که در فعالیت‌های بیمار به طور افراطی درگیر می‌شوند باعث احساس خشم و طرد بیمار می‌گردند. واکنش‌های غیر انطباقی خانواده، موجب استرس بیشتر بیمار و علائم بیشتر و حتی عود بیماری می‌گردد (۱۸). مطالعات قبلی نیز آمیختگی هیجانی شدید و انتقادگری را به عنوان دو عنصر اصلی هیجان ابراز شده، مطرح کرده‌اند. سطوح بالای انتقادگری با ادراک خانواده از این که رفتار بیمار توسط خودش قابل کنترل می‌باشد، در ارتباط بود و رفتار آشفته‌ی بیمار به عنوان شکست وی در جهت فعالیت‌های سازنده و موثر در نظر گرفته می‌شد (۱۹). ممکن است خانواده‌های با سطوح بالای آمیختگی هیجانی بیش از حد، عقیده داشته باشند بیماران به تنهایی نمی‌توانند مسایل‌شان را حل کنند لذا بیشتر در مسایل بیمار دخالت می‌کنند که منجر به کنترل بیشتر و به عهده‌گیری بیشتر کارهای بیمار می‌گردد بنابراین بیمار ممکن است احساس پریشانی و سرخوردگی کند که از یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نیز به دست آمد (۶). برادیس<sup>۵</sup> نشان داد بیماران مبتلا به وسواس با بیش ضعیف‌تری نسبت به بیماری علائم وسواس و هیجان ابراز شده‌ی بیشتری نسبت به سایر بیماران با بیش متوسط یا خوب و عالی تجربه کردند و فقدان بیش با میزان بالای انتقادگری خانواده همراه بود (۲۰).

با توجه به وجود هیجان‌ات ابراز شده در خانواده‌های بیماران و اهمیت این موضوع در پیشگیری و درمان اختلالات روانی، پیشنهاد می‌گردد جلسات آموزش خانواده به عنوان پایه اساسی و مکمل درمان، بیشتر مورد توجه بالینگران قرار گیرد و جلسات و محتوای آموزش روانی خانواده‌ها متناسب با هیجان‌ات درک شده بیماران و آشنایی با ماهیت بیماری به ویژه برای خانواده‌هایی که برای اولین بار با اختلال روان‌پزشکی مواجه می‌شوند، برنامه‌ریزی شود. هم‌چنین خانواده به عنوان عنصر فعال در تمامی جلسات رفتاردرمانی و تکالیف خانگی متناسب با وضعیت بیمار، حضور فعال و موثر داشته باشد تا اقدامات درمانی مخصوصا در مورد بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری با شکست مواجه نشود.

### نتیجه‌گیری

هیجان‌ات درک شده‌ی بیماران از سوی خانواده، گویای واکنش‌های غیر انطباقی خانواده در ارتباط با بیمار می‌باشد که عامل تهدیدکننده‌ی سلامت بیماران و شکست نتایج درمانی و شدت و عود اختلال وسواسی-اجباری می‌باشد.

روانی، انتظارات خانواده و ... است. در اکثر خانواده‌ها آمیختگی هیجانی بیش از حد با بیمار به عنوان یک هنجار درآمده و مراقب فاقد این آمیختگی شدید به عنوان فردی شناخته می‌شود که صلاحیت مراقبت از بیمار را ندارد (۱۳) که ممکن است ناشی از نبود شناخت کافی خانواده‌ها از ماهیت اختلالات روانی باشد که در درمان، اثر معکوس می‌گذارد. هیجان‌ات ادراک شده‌ی بیماران نشان می‌دهد خانواده‌ها با دخالت و کنترل بیش از حد بیمار به گونه‌ای سعی در بهبود وضعیت وی داشته‌اند. کندل<sup>۱</sup> مطرح می‌کند اگر خانواده تصور کند علائم بیمار توسط خودش قابل کنترل است، تلاش می‌کند وی را وادار کند به حالت طبیعی برگردد و در این زمینه از پاسخ‌های مقابله‌ای چون انتقادگری و خصومت استفاده می‌کند و این واکنش‌های غیر منطقی وضعیت بیمار را تشدید خواهد کرد (۱۴). کولپرز<sup>۲</sup> نشان داد اظهارات انتقادی، خصومت‌آمیز و درگیری هیجانی بیش از حد، بیشترین عامل عود بیماری هستند (۱۵). بنا بر مطالعات، تعاملات خانواده و درک بیمار از هیجان ابراز شده در برنامه‌ریزی درمانی بسیار موثر است. به طوری که مواجهه‌درمانی در بیماران وسواسی-اجباری ممکن است به دلیل آمیختگی هیجانی بیش از حد و انتقادگری، اثر منفی داشته باشد. حمایت و همراهی بیش از حد اطرافیان، به عنوان اثر منفی، مطرح شده و ممکن است با کاهش احساس خودکارآمدی در بیمار همراه شود. این یافته‌ها بازتابی از مدل استرس آسیب‌پذیری هیجان ابراز شده بر سلامت روان می‌باشد. بیمارانی که با هیجان ابراز شده‌ی بالایی روبه‌رو هستند در روابط بین فردی، استرس بالاتری تجربه می‌کنند (۱۶).

کمبلرز<sup>۳</sup> نقش هیجان ابراز شده را به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی نتایج رفتاردرمانی در ۶۰ بیمار وسواسی-اجباری و ۴۱ بیمار گذرهراسی ارزیابی کرد. هیجان ابراز شده شامل ۵ متغیر (انتقادگری، آمیختگی هیجانی مفرط، خشونت، گرمی و واکنش مثبت) در یک مصاحبه توسط پرسشگر ثبت شد. آمیختگی هیجانی شدید به عنوان یک واکنش خشونت‌آمیز از طرف بیمار با رها کردن درمان بیشتری همراه بود و بیماران با مراقبان خشن ۶ بار بیشتر از سایرین درمان را رها کردند. خشونت، نتایج ضعیف‌تری را پس از درمان به دنبال داشت (۱۷). امکامپ<sup>۴</sup> مطرح می‌کند هیجان ابراز شده باعث عود اختلال وسواسی-

<sup>1</sup> Kendel

<sup>2</sup> Kulpers

<sup>3</sup> Chambless

<sup>4</sup> Emmekamp

<sup>5</sup> Beradis

### References

1. Cannon Walter B. The James-Lange theory of emotion: A critical examination and an alternative theory. *Am J Psychol* 1927; 39: 106-24.
2. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 547-52.

3. Lobban F, Barrowclough C, Jones S. Does expressed emotion need to be undrestsnd within a more systematic framework? Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol 2006; 41: 50-55.
4. Chien WT, Chan SW. Further validation of the Chinese version of the level of expressed emotion scale for research and clinical use. Int J Nurs Stud 2010; 47(2): 190-204.
5. Hibbs ED, Hamburger SD. Determinants of expressed emotions in families of disturbed and normal children. Journal of perceptions of their parents and the course of their illness. Br J Psychiatry 1999; 153: 344-53.
6. Stekete G, Vannoppen B. Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. J Psychiatry 2003; 25(1): 43-50.
7. Stekete G. Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9 month followup. Behavioral perceptions of their parents and course of their illness. Br J Psychiatry 1993; 153: 344-53.
8. Scazufca M, Kuipers E. Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. Br J Psychiatry 1992; 174(2): 154-8.
9. Barrowclough C, Haddock G, Lowen I, Conner A, Pidliswyi J, Tracey N. Staff expressed emotion and couasal attributions for client problems on a cow security unit: an explatory study. Schizophr Bull 2001; 27(3): 517-29.
10. Shanmugiah A, Varchese M, Khama S. Expressed emotions in obsessive compulsive disorder. Indian J Psychiatry 2002; 44(1): 14-18.
11. Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, Rettew DC, Hamburger SD, Bartko JJ, et al. A 2-7 year followup study of 54 obsessive compulsive children and adolescents. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 429-39.
12. Koujalgi SR, Nayak RB, Pandurangi AA, Patil NM. Family functioning in patients with obsessive compulsive disorder: A case-control study. Medical journal of Dr. D.Y. Patil University 2015; 8(3): 290-4.
13. Bhugra D, McKenzi K. Expressed emotion across cultures. Adv Psychiatr Treat 2003; 20(4): 342-8.
14. Wendel JS, Miklowiz DJ, Richards JA, George EL. Expressed emotion and attributions in the relative of bipolar patients: an analysis of problem-solving interactions. J Abnorm Psychiatry 2000; 109(4): 792-6.
15. Kuipers E, Onwumere J, Bebbingtn P. Cognitive model of care giving in psychosis. Br J Psychiatry 2010; 196: 259-65.
16. Tynes LL, Salins C, Skiba W, Wihstead Dk. A psycho- educational and support group for obsessive compulsive disorder patients and their significant others. Compr Psychiatry 1992; 33: 197-201.
17. Chambless DL, Stekete G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive compulsive and agrophobic out patients. J Consult Clin Psychol 1999; 67: 658-65.
18. Emmekamp PMG, Delange I. Spouse involvement in the treatment of obsessional neurosis in a family setting. Aust NZJ Psychiatry 1983; 21: 341-6.
19. Chien WT, Norman J. A randomised controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. Int Nurs Stud 2004; 41(6): 637-46.
20. Beradis DD, Campandla D, Serroni N, Gambi F, Carano A, Rovere RL. Insight and percieved expressed emotion among adult outpatients with obsessive compulsive disorder. J Psychiatr Pract 2008; 14(3): 154-59.

### جدول ۱- هیجانان درک شده‌ی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری

زیرشاخه‌ها	طبقات اصلی	واحد‌های معنایی
عدم اعتماد به نفس	آمیختگی هیجانی بیش از حد	
احساس تحت کنترل بودن		
نداشتن حریم شخصی		
احساس درک نشدن	انتقادگری	
خشم و عصبانیت		
احساس گناه و ناامیدی		هیجانان درک شده‌ی بیماران مبتلا به وسواس در ارتباط با خانواده
احساس تنهایی	بی توجهی و عدم حمایت عاطفی	
افسردگی		
احساس بی‌ارزشی		
اضطراب	خشونت و کج خلقی	
احساس خودسرزنی		