

هیجان ابراز‌شده و شخصیت

شهرام دهقانی^۱، دکتر احمد برجعلی^۲، دکتر فرهاد جمهری^۳، دکتر غلامرضا نفیسی^۴

چکیده:

هدف: این پژوهش، به منظور بررسی رابطه میان سطح «هیجان ابراز‌شده» و «صفات شخصیتی» در خویشاوندان بیماران روان‌پریش انجام شد.

روش: ۸۱ بیمار مبتلا به اختلال روان‌پریشی که به روش در دسترس انتخاب شده بودند (۵۰ مرد و ۳۱ زن) به کمک مقیاس سطح هیجان ابراز‌شده (LEE)، میزان «هیجان ابراز‌شده‌ی» خویشاوندان خود را تعیین و سپس ۳۲ نفر از خویشاوندان بیماران (۱۵ مرد و ۱۷ زن) پرسشنامه تجدید نظر شده پنج عاملی شخصیت (NEOPI-R) را تکمیل نمودند. داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آماری توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و آنوای یکطرفه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که بین «صفات شخصیتی» - روان‌نژندگرایسی، برونگرایسی، کثودگی به تجربه، توافق‌گرایی و وجدان‌گرایی - و «هیجان ابراز‌شده» رابطه معناداری وجود ندارد. اما بین یکی از مؤلفه‌های «هیجان ابراز‌شده» - مؤلفه مزاحمت و مداخله‌گری - و صفت وجدان‌گرایی رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. این بررسی همچنین نشان داد که بین برخی

^۱ این پژوهش برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.A.) در رشته روانشناسی شخصیت توسط مؤلف اول انجام گردیده است. مشهد، انتهای خیابان عامل، بیمارستان و مرکز آموزش روانپزشکی ابن سینا، واحد روانشناسی.

^۲ روانشناس بالینی، عضو هیئت علمی و رئیس گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، خیابان گارگر جنوبی،^۱ تکیه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه روانشناسی.

^۳ روانشناس بالینی، عضو هیئت علمی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، خیابان گارگر جنوبی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه روانشناسی.

^۴ روانشناس، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد تهران جنوب.

از مؤلفه‌های «هیجان ابراز شده» و رویه‌های شخصیتی (بین مؤلفه نگرش منفی نسبت به بیماری با رویه‌های شخصیتی گرمی و هیجان‌های مثبت، رابطه مثبت، بین مؤلفه تحمل/انتظار با رویه شخصیتی گرمی رابطه مثبت، بیسن مؤلفه مزاحمت و مداخله‌گری با رویه‌های شخصیتی تکانشوری و تحلیل رابطه منفی، بین مؤلفه مزاحمت و مداخله‌گری با رویه‌های شخصیتی نوع‌دوستی، وظیفه‌شناسی و تلاش برای موفقیت رابطه مثبت) رابطه معنادار، مثبت یا منفی وجود دارد.

کلید واژه‌ها: هیجان ابراز شده، صفات شخصیتی، روان‌پریشی

ABSTRACT:

Objectives: The present study was designed to investigate relationship between "Expressed Emotion" and "Personality Traits" in relatives of patients with psychotic disorder.

Method: 81 psychos' patients (50 male, 31 female) were asked to participate in this study. "The level of expressed emotion scale" was completed by patients and by their relatives (32relatives, 15male &17female) completed "The revised Neo Personality Inventory (NEOPI-R)". The research data were analyzed by descriptive methods, Pearson product moment correlation and analysis of variance (one-way classification) procedures.

Results: The findings indicated that there is no meaningful relationship between personality traits (Neuroticism, Extraversion, openness, Agreeableness, Conscientiousness) and Expressed emotion. But, there is a meaningful relationship between Conscientiousness (a trait of personality traits) and intrusiveness (a subscale in EE), $P>0.05$. This findings revealed that there is a meaningful relationship (+ or -) between some of subscales (in EE) and facets (in personality traits). Attitude toward illness and warmth(+), positive emotion(+), Tolerance/expectance and warmth (+), Intrusiveness and Impulsiveness (-), Fantasy (-), Aesthetics (+), Dutifulness (+), and Achievement striving (+).

Key words : Expressed emotion, Personality Trait, Psychosis

This research was completed in partial fulfillment of the requirements for the Master of Arts degree at Karaj Azad University by the first author.

مقدمه:

یکی از دلایل بستری مجدد بیماران روانپزشکی این است که آنها به محیط‌های آزارنده و جوامعی که چندان خوش برخورد نیستند برمی‌گردند (سلیگمن¹ ۱۹۹۹ به نقل از سیدمحمدی، ۱۳۷۹)، و این همان فضای روانی خانواده است که در حوزه‌های پژوهشی به هیجان ابراز شده^۲

¹ M.E.P. Seligman

² Emotion Expressed

معروف و پژوهش‌های متعددی را موجب گردیده است. این مفهوم اولین بار حدود چهار دهه قبل توسط براون^۱ و همکارانش (۱۹۵۸) در انگلستان مطرح گردید. هیجان‌ابراز شده چگونگی بروز هیجان در فضای خانواده زمانی که یکی از اعضای خانواده دچار بیماری صعب‌العلاجی می‌شود بوده و به عنوان شاخصی نیرومند برای پیش‌بینی برگشت بیماری و نتیجه درمان در اختلالات روانپزشکی و غیرروانپزشکی مطرح گردیده است. در همین راستا کارنو^۲ (۱۹۹۲) می‌گوید: هیجان‌ابراز شده به هیجان‌ات، نگرشها و رفتارهای خاصی اطلاق می‌شود که توسط خویشاوندان درباره عضوی از خانواده که مبتلا به اسکیزوفرنی است ابراز می‌شود.

تحقیقات متعدد نشان داده که هیجان‌ابراز شده با بازگشت بیماری و طول دوره درمان رابطه دارد، هیجان‌ابراز شده‌ی خویشاوندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پیش‌بینی‌کننده‌ای استثنایی و نیرومند در بازگشت بیماری بعد از ترخیص از بیمارستان می‌باشد، این یافته‌ها به جمعیت‌هایی که مبتلا به سایر اختلالات روانپزشکی (از قبیل افسردگی یک قطبی، دو قطبی و ...) می‌باشند نیز گسترش یافته و اخیراً به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده بودن ضعف نتیجه درمان در اختلالات اضطرابی نیز مورد توجه قرار گرفته است - بینگتون^۳، کوئپرز^۴، ۱۹۹۴، کاواناگ^۵، ۱۹۹۲، هالی^۶، ۱۹۹۸، گرلسما^۷، هال^۸، ۱۹۹۷، سادوک^۹، ۲۰۰۰، تاناکا^{۱۰} و شیمودرا^{۱۱}، ۱۹۹۷، بوتزلاف^{۱۲} و هالی (۱۹۹۸)

¹Brown, G.

²M. Karno

³Bebbington

⁴Kuipers

⁵Kvagh DJ.

⁶Hooley, Jill M.

⁷Gerlsma, C

⁸Hall, W.W

⁹Sadock, B.J

¹⁰Tanaka, S

¹¹Shimodera, S

¹²Butzlaff

تاناکا و همکارانش (۱۹۹۷) نشان دادند، بیمارانِ خویشاوندانِ حایزِ هیجان ابراز شده‌ی بالا در مقایسه با بیمارانِ خویشاوندانِ حائزِ هیجان ابراز شده‌ی پایین از نظر عملکرد اجتماعی به طور معناداری ضعیف‌تر می‌باشند، و این تاییدی بر یافته‌های بارکلوج^۱ و تاریر^۲ (۱۹۹۰) است.

برانگیختگی هیجانی، استرسوری عمده برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی محسوب می‌شود. برانگیختگی هیجانی^۳ از طریق نشان دادن درجات بالایی از عواطف منفی ممکن است منجر به بازگشت بیماری یا تشدید نشانه‌های بیماری گردد (کارنو، ۱۹۹۲).

اگر تلاش‌های مکرری که خویشاوندی در جهت کنترل بیمار انجام می‌دهد، بر سطح فزاینده فشار روانی که بیمار در دوران پس از مرحله حاد بیماری تجربه می‌کند اضافه شود، در ترکیب با عوامل مستعد و زمینه‌ساز زیستی و دیگر استرسورهای فیزیولوژیکی ممکن است احتمال تباهی و زوال بعدی را افزایش دهد (مایکلویتز^۴، ریچاردز^۵، ۲۰۰۰).

بررسی‌ها نشان داده است که، بیمارانِ خانواده‌های حائزِ هیجان ابراز شده‌ی بالا، رفتارهای غیرکلامی منفی^۶ بیشتری نشان می‌دهند تا بیمارانِ خانواده‌های حائزِ هیجان ابراز شده‌ی پایین^۷. خانواده‌های حائزِ هیجان ابراز شده‌ی بالا از لحاظ هیجانی برآشفته‌تر از خانواده‌های حائزِ هیجان ابراز شده‌ی پایین هستند، بیماران و اعضای خانواده، در خانواده‌های حائزِ هیجان ابراز شده‌ی بالا بیشتر احتمال دارد که در گیر تعاملات رفتاری منفی بشوند تا خانواده‌های حائزِ هیجان ابراز شده‌ی پایین، به عبارت دیگر، هر بار، منفی‌گرایی ابراز شود، دیگر اعضای خانواده عیناً پاسخ خواهند داد. هالی (۱۹۸۷) یک الگوی اسنادی را برای تبیین الگوهای

^۱ C. Barrowclough

^۲ Tarrier, N

^۳ برانگیختگی هیجانی، استرسوری عمده برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی محسوب می‌شود

^۴ Miklowitz, J

^۵ JA. Richards

^۶ خودداری از تماس چشمی با خویشاوندان، خشم در حالت چهره، بکار بردن لحن صدای کنایه‌دار و طعنه‌آمیز.

^۷ آنها رفتارهایی مانند لبخند زدن، نگاه کردن با محبت و استفاده از لحن صدای حمایت‌کننده و صمیمانه را بیشتر نشان می‌دهند.

تعاملی مشاهده شده در خانواده‌های انتقادی حائز هیجان‌برانگیز شده‌ی بالا و پایین ارائه داد^۱ (سیمونه^۲، ۱۹۹۸).

تحقیقات نشان داده که هیجان‌برانگیز شده در بیماری‌های مختلف آثار متفاوتی دارد، مثلاً خویشتان‌ندان بیماران اسکیزوفرنیک ارتباط غیرکلامی کمتری با بیمار خود برقرار می‌کردند، در حالیکه خویشتان‌ندان بیماران دو قطبی تعامل غیرکلامی بیشتری داشتند، جالب‌ترین یافته در این خصوص ارتباط بین سطح درگیری هیجانی مفرط خانواده و پیامد بالینی بهتر در شخصیت‌های مرزی است ((هالی، دبور^۳، ۱۹۹۷. هالی، هافمن^۴، ۱۹۹۹).

طبق نظریه لازاروس^۵ - فولکمن^۶ (۱۹۹۱) اکثریت خویشتان‌ندان در مقابل خواسته‌های نابجای بیماران از استراتژی‌های مواجهه‌ی متنوعی استفاده نموده و در اغلب مواقع، استراتژی‌های مواجهه را هنگام بروز بحران روان‌پریشی بیمارشان و پذیرش در بیمارستان بکار می‌بردند، تا پس از ترخیص بیمار^۷ استفاده کمتر از مواجهه بعد از ترخیص بیمار، همراه با بهبودی احساس فشار و خستگی بود. به احتمال بسیار زیاد، استراتژی‌های متمرکز بر مشکل زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند که موقعیت نسبت به تغییر تأثیرپذیر ارزیابی شده باشد، و لذا مواجهه به اصلاح و بهبود علل مشکل و پریشانی معطوف می‌گردد، استراتژی‌های اجتنابی زمانی بکار برده می‌شوند که موقعیت غیرقابل تغییر ارزیابی گردد، و مواجهه به اداره و کنترل

^۱ او معتقد بود که خویشتان‌ندان حائز هیجان‌برانگیز شده‌ی بالا اسنادهای قابل کنترل و درونی درباره علل رفتارهای منفی بیمار می‌سازند و بیمار را به خاطر رفتارهایش مقصر و گناهکار می‌دانند (رفتارهایی که ممکن است نشانه‌های بیماری باشند)، از طرف دیگر، خویشتان‌ندان حائز هیجان‌برانگیز شده‌ی پایین بیشتر احتمال دارد که رفتارهای منفی بیمار را به عوامل غیرقابل کنترل بیماری نسبت دهند.

^۲Simoneau, L

^۳Debor M.I.

^۴Hoffman, D

^۵Lazarus R.S

^۶S., Folkman

^۷ استفاده کمتر از مواجهه بعد از ترخیص بیمار، همراه با بهبودی احساس فشار و خستگی بود. به احتمال بسیار زیاد، استراتژی‌های متمرکز بر مشکل زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند که موقعیت نسبت به تغییر تأثیرپذیر ارزیابی شده باشد، و لذا مواجهه به اصلاح و بهبود علل مشکل و پریشانی معطوف می‌گردد، استراتژی‌های اجتنابی زمانی بکار برده می‌شوند که موقعیت غیرقابل تغییر ارزیابی گردد، و مواجهه به اداره و کنترل نمودن هیجانات رنج‌آور معطوف می‌گردد.

نمودن هیجان‌ات رنج‌آور معطوف می‌گردد. خویشاوندان حائز هیجان‌ابرازشده‌ی بالا بیش‌تر استراتژی‌های اجتنابی را بکار می‌برند.^۱ این گروه از خویشاوندان احتمالاً گرایش دارند که موقعیتشان با بیمار را غیر قابل تغییر ارزیابی کنند، بنابراین احساس بسیار بدبینانه‌ای نسبت به آینده دارند. تنها نوع فرعی از هیجان‌ابرازشده‌ی بالا که بطور واضح با استراتژی اجتنابی مرتبط بود، درگیری هیجانی مفرط است و این ناشی از اجتناب رفتاری مواجهه بود تا اجتناب شناختی آن، احتمال دارد که استفاده از مواجهه اجتنابی - رفتاری تاثیر منفی بیش‌تری در نشانه‌های بیمار داشته باشد تا استفاده از سایر استراتژی‌ها، و لذا احتمال دارد که در بازگشت بیماری نقش داشته باشد (اسکازوفکا^۲، کوئیرز، ۱۹۹۹).

هالی (۲۰۰۰) می‌گوید: اگرچه رابطه^۳ هیجان‌ابرازشده - بازگشت بیماری به خوبی مورد مطالعه قرار گرفته اما در خصوص مولفه‌های آن شناخت نسبتاً کمی وجود دارد. بدون شک تفاوت‌های موجود در این ساختار تا حدودی از طریق ویژگی‌های خود بیماران تبیین گردیده است، به‌عنوان مثال، ادبیات موجود شامل گزارشهایی از همبستگی میان هیجان‌ابرازشده‌ی بالا و متغیرهای مربوط به بیماری، مانند طول مدت بیماری طولانی‌تر، عملکرد اجتماعی ضعیف‌تر و تفکر هذیانی بسیار شدیدتر است. دوچرتی^۴ (۱۹۹۵) و مایکلویتز (۱۹۸۶) هیجان‌ابرازشده را با اختلالات معینی در روابط که شبه صفت^۵ هستند مربوط می‌دانند، آنها شواهد عمده‌ای را ارائه نموده‌اند که سازگار با عقیده‌ای است که هیجان‌ابرازشده را انعکاس دهنده برخی از ویژگی‌های ثابت خویشاوندان می‌دانند. نتایج مطالعه هالی (۲۰۰۰) حاکی از آن است که خویشاوندان حائز هیجان‌ابرازشده‌ی بالا در نگرشها و رفتارهایشان بسیار سستی‌تر از خویشاوندان حائز هیجان‌ابرازشده‌ی پایین هستند، خویشاوندان حائز هیجان‌ابرازشده‌ی بالا احساس لیاقت و خوشبینی کمتری را درباره زندگیشان گزارش می‌نمودند (هالی و هیلر^۵ (۲۰۰۰)).

روش:

^۱ این گروه از خویشاوندان احتمالاً گرایش دارند که موقعیتشان با بیمار را غیر قابل تغییر ارزیابی کنند، بنابراین احساس بسیار بدبینانه‌ای نسبت به آینده دارند.

^۲ Scazufca, M.

^۳ Docherty, Nancy, M.

^۴ trait like

^۵ Hiller, B

پژوهش حاضر به دلیل بررسی رابطه بین صفات شخصیتی و سطح هیجان ابرازشده‌ی خویشاوندان بیماران روان‌پریش از نوع طرح‌های همستگی (پیش‌بین) است.

آزمودنیها:

تعداد ۸۱ بیمار مبتلا به روان‌پریشی (۵۰ مرد و ۳۱ زن، ۱۷ تا ۴۴ ساله) و ۳۲ نفر از خویشاوندانشان (۱۵ مرد و ۱۷ زن، ۷۰ تا ۴۴ ساله) در این پژوهش شرکت داشتند. آزمودنیها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزارهای گردآوری داده‌ها:

در این پژوهش از سه ابزار مختلف برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است.

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی^۱

۲- مقیاس سطح هیجان‌ابرازشده (LEE)^۲

۳- آزمون NEOPI-R^۳

روش اجرا:

پس از تهیه تدریجی لیست بیماران بستری شده در بیمارستان (جمعاً ۹۵۶ نفر) تعداد ۸۱ بیمار که معیارهای پژوهش را برای انتخاب به عنوان آزمودنی (تشخیص روان‌پریشی، حداقل مدرک تحصیلی سیکل، داشتن خویشاوندی با حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، نداشتن اعتیاد و صرع و

^۱ با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات جمعیت‌شناختی از آزمودنیها درباره متغیرهایی مانند جنسیت، سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، تعداد اعضای خانواده و ... بدست آمد.

^۲ این مقیاس که شامل ۶۰ سؤال است، سطح هیجان‌ابرازشده‌ی خویشاوندان بیمار را اندازه‌گیری می‌نماید. این مقیاس پس از ترجمه و محاسبه همسانی درونی آن به روش آلفا کرونباخ (جدول شماره ۱) برای استفاده پژوهشی آماده گردید. خط برش آزمون نیز پس از اجرا بر روی ۱۰۰ آزمودنی محاسبه گردید، نمرات بالاتر از ۱۴۹ نشان‌دهنده هیجان‌ابرازشده‌ی بالا و نمرات پایین تر از ۱۱۶ نشان‌دهنده هیجان‌ابرازشده‌ی پایین است (دامنه نمرات از ۶۰ تا ۲۴۰ است).

^۳ این آزمون از نوع آزمونهای مباد- کاغذی است، ۲۴۰ سؤال دارد، از آزمودنی خواسته می‌شود تا پس از خواندن سوالات یکی از ۵ گزینه (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) را انتخاب نماید. این آزمون که به منظور عملی کردن الگوی ۵ عاملی شخصیت توسط مک کرای و کاستا ساخته شده، چارچوبی از صفات اصلی شخصیت ارائه می‌دهد، و در خلال چهار دهه گذشته بسط و گسترش یافته و توسط گروسی (۱۳۸۰) برای جمعیت

آسیب مغزی) داشتند انتخاب، سپس پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی بصورت مصاحبه اجرا می‌گردید (برای بررسی وضعیت روانی بیمار و یقین از اینکه در هنگام اجرای آزمون‌ها تحت تاثیر هذیان و توهم نباشد)، در صورت پذیرفته شدن، آزمون LEE اجرا می‌شد (جمعا ۱۳۵ آزمون LEE انجام شد). سپس از خویشاوندی که توسط بیمار به عنوان موثرترین فرد در زندگی انتخاب شده بود برای تکمیل آزمون NEOPI-R دعوت بعمل می‌آمد (جمعا ۲۳ خانواده، ۳۲ نفر همکاری نمودند).

نتایج:

- داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون با کمک نرم افزار SPSS-11 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج بدست آمده بشرح ذیل می‌باشند:
- ۱- بین هیجان‌ابراز شده و صفات شخصیتی (روان‌نژندگرایی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، توافق‌جویی و باوجدان بودن) همبستگی معناداری مشاهده نشد.
 - ۲- ایرانی استاندارد شده و از درجه اعتبار درونی و روایی بسیار خوبی برای تعیین صفات شخصیت برخوردار است.
 - ۳- بین مولفه نگرش منفی نسبت به بیماری در هیجان‌ابراز شده و صفات شخصیت همبستگی معناداری مشاهده نشد.
 - ۴- بین مولفه تحمل / انتظار در هیجان‌ابراز شده و صفات شخصیت همبستگی معناداری مشاهده نشد.
 - ۵- بین مولفه پاسخ هیجانی و صفات شخصیت همبستگی معناداری مشاهده نشد.
 - ۶- بین مولفه مزاحمت و مداخله‌گری و صفات شخصیتی تنها با صفت شخصیت با وجدان بودن رابطه معنادار مشاهده گردید، ($r = 0.384, p < 0.03$).
- به منظور بررسی بیشتر و یافتن ارتباطات درونی بین مولفه‌های هیجان‌ابراز شده و زیر مجموعه‌های صفات شخصیتی، همبستگی بین چهار مولفه هیجان ابراز شده و سی (۳۰) زیر مجموعه صفات شخصیتی محاسبه گردید (جمعا ۱۲۰ ضریب همبستگی). جدول شماره ۲ خلاصه نتایج را در مواردی که همبستگی وجود داشته نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود:
- ۱- بین مولفه نگرش منفی نسبت به بیماری در هیجان‌ابراز شده و رویه شخصیتی گرمی در صفت برون‌گرایی رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($r = +0.423, p < 0.05$).

- ۲- بین مولفه نگرش منفی نسبت به بیماری در هیجان‌ابرازشده و رویه شخصیتی هیجان‌های مثبت در صفت برونگرایی رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$, $r = +0/354$)
- ۳- بین مولفه تحمل / انتظار در هیجان‌ابرازشده و رویه شخصیتی گرمی در صفت برونگرایی رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$, $r = +0/447$)
- ۴- بین مولفه مزاحمت و مداخله‌گری در هیجان‌ابرازشده و رویه شخصیتی تکانشوری در صفت روان‌نژندگرایی رابطه منفی وجود دارد ($P < 0/01$, $r = -0/580$)
- ۵- بین مولفه مزاحمت و مداخله‌گری در هیجان‌ابرازشده و رویه شخصیتی تخیل در صفت شخصیتی انعطاف‌پذیری رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$, $r = -0/397^*$)
- ۶- بین مولفه مزاحمت و مداخله‌گری در هیجان‌ابرازشده و رویه شخصیتی نوعدوستی در صفت شخصیتی توافق‌جویی رابطه منفی وجود دارد ($P < 0/05$, $r = +0/371^*$)
- ۷- بین مولفه مزاحمت و مداخله‌گری در هیجان‌ابرازشده و رویه شخصیتی وظیفه‌شناسی در صفت با وجدان بودن رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$, $r = +0/401^*$)
- ۸- بین مولفه مزاحمت و مداخله‌گری در هیجان‌ابرازشده و رویه شخصیتی تلاش برای موفقیت در صفت با وجدان بودن رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$, $r = +0/410^*$)
- برای بررسی تاثیر تعداد دفعات بستری بیمار بر میزان هیجان‌ابرازشده‌ی خویشاوندان تحلیل واریانس یکطرفه انجام گردید خلاصه نتایج حاصله در جدول شماره ۳ ارائه شده است، همانطور که مشاهده می‌شود تفاوت معناداری میان دفعات بستری بیمار و سطح هیجان‌ابرازشده‌ی خویشاوندان وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج بدست آمده اولین شواهد مقدماتی در مورد اینکه هیجان‌ابرازشده ممکن است با برخی از صفات شخصیتی رابطه داشته باشد را فراهم می‌نماید. یافته‌ها نشان دادند که بین هیجان‌ابرازشده و صفات شخصیتی رابطه معناداری وجود ندارد، و از میان مولفه‌های هیجان‌ابرازشده نیز تنها مولفه مزاحمت و مداخله‌گری^۱ (که مترادف با درگیری هیجانی مفرط

¹Intrusiveness

است) با صفت شخصیتی وظیفه‌شناسی^۱ در نو.پی.آی.آر. همبستگی مثبت و معنادار نشان داده است.

همانطور که قبلاً گفته شد، هر صفت شخصیتی از شش رویه یا زیرمجموعه تشکیل شده است. در بررسی بیشتر در خصوص همبستگی بدست آمده مشخص گردید که مولفه مزاحمت و مداخله‌گری تنها با دو رویه از شش رویه موجود در صفت وظیفه‌شناسی رابطه معنادار دارد و این دو عبارت بودند از وظیفه‌شناسی^۲ و تلاش برای موفقیت^۳.

گروس (۱۳۸۰) در تعریف وظیفه‌شناسی می‌گوید: وظیفه‌شناسی، اداره کردن آگاهانه، پایبندی به اصول اخلاقی و تعهدات اخلاقی خود را به‌طور دقیق انجام دادن است. با توجه به این تعریف علت این رابطه را اینگونه می‌توان تبیین نمود که، چون بیمار به علت بیماری دچار اختلال در قضاوت می‌شود، طبعاً رفتارهایی خارج از هنجارهای اجتماعی از خود نشان خواهد داد و این عملکرد موجب حساس شدن خانواده نسبت به این موضوع که خویشاوند بیمارشان نیاز به مراقبت بیشتری دارد شده و بالطبع باعث افزایش رفتار مداخله‌گری آنان خواهد شد، و چون خانواده احساس می‌کند که بیمار در انجام امور خود ناتوان است لذا در کلیه امور شخصی او دخالت می‌کند، این مطلب می‌تواند تاییدی بر یافته‌های اسکرایبر (۱۹۹۵) باشد (او معتقد بود که، هیجان‌ابراز شده محصول تعاملات مابین والدین و خویشاوند بیمارشان است، عبارت دیگر حضور بیماری پاسخ‌درگیری هیجانی مفرط را بوجود می‌آورد).

در تجزیه و تحلیل داده‌ها این نکته نیز مشخص شد که مولفه مزاحمت و مداخله‌گری با رویه‌های شخصیتی تکانشوری^۴ و تخیل^۵ رابطه منفی و با رویه‌های شخصیتی نوع‌دوستی^۶، وظیفه‌شناسی و تلاش برای موفقیت رابطه مثبت دارد. این یافته نیز تاکید بر تبیین بالا می‌باشد، چرا که احتمالاً نوع‌دوستی (توجه فعال به دیگران، دیگران را در نظر گرفتن، به هنگام نیاز به دیگران کمک کردن و خوشی خود را در بخشندگی دانستن)، وظیفه‌شناسی (تعریف بالا)

^۱ *Conscientiousness*

^۲ *Dutifulness*

^۳ *Achivemen*

^۴ *Impulsiveness*

^۵ *Fantasy*

^۶ *Allturism*

و تلاش برای موفقیت (سطح آرزوی بالا و سخت‌کوشی برای رسیدن به اهداف خود، ساعی و هدفمند بودن) در خویشاوندانی که دارای مولفه مزاحمت و مداخله‌گری هستند افزایش خواهد یافت، چونکه این خویشاوندان اینگونه تصور می‌کنند که بیمارشان قادر به محافظت و مراقبت از خود نمی‌باشد و به کسی نیاز دارد که از او مراقبت نماید، در نتیجه در تمام امور بیمار مداخله می‌نمایند، از طرف دیگر، با بیمار بصورت تکانه‌ای برخورد نخواهند کرد، چرا که تکانشوری مغایر با تعریف ارائه شده برای درگیری هیجانی مفرط می‌باشد و احتمالاً به همین دلیل رابطه بین این دو متغیر منفی بوده است.

در بررسی وجود رابطه احتمالی میان سایر مولفه‌های هیجان‌ابرازشده با زیر مجموعه‌های صفات، مشخص گردید که میان مولفه نگرش منفی نسبت به بیماری^۱ در هیجان‌ابرازشده (مترادف با عیب‌جویی در سی.اف.آی.) با گرمی^۲ و هیجان‌های مثبت^۳ در صفات رابطه مثبت وجود دارد، احتمال دارد که این رابطه مربوط به نمرات پایین در این رویه شخصیتی باشد، در ضمن با تعریف ارائه شده از مولفه نگرش منفی (شک و تردید درباره اینکه بیمار واقعا مریض است، کم و بیش روی نشانه‌هایش کنترل دارد، نگرش، ملامت کردن مکرر بیمار و او را مسئول بیماریش دانستن) همخوانی بیشتری دارد، و با مفهوم کلی هیجان‌ابرازشده و ادبیات مربوطه نیز هماهنگ‌تر است. احتمالاً افرادی که در این مولفه نمرات بالایی دارند می‌بایستی در صفت گرمی نمره کمتری داشته باشند چرا که طبق تعریف گروسی (۱۳۸۰) افرادی با نمره کم در این رویه در روابط خود خیلی رسمی بوده و با احتیاط عمل می‌کنند، اما این ضرورتاً به مفهوم روابط خصمانه یا کمی غمخواری نیست. در تعریف عیب‌جویی نیز رسمی بودن و انتقاد کردن از بیمار شایع است، احتمالاً این موضوع می‌تواند در رابطه با شیوه‌های مواجهه‌ی خویشاوندان برای کنترل رفتارهای نابهنجار بیمارشان و یکی از سبکهای مواجهه باشد.

یکی دیگر از یافته‌ها که در مبحث یافته‌های جانبی پژوهش مطرح گردید، معنادار نبودن تفاوت میانگین نمرات آزمودنی‌ها در هیجان‌ابرازشده و مولفه‌های آن با تعداد دفعات بستری

¹ *A Negative Attitude Toward Illness*

² *Warmth*

³ *Positive Emotion*

بیمار در بیمارستان بود. در تبیین این یافته به دو نکته می‌توان اشاره نمود، نکته اول: ارتباط میان حضور بیماری و بروز هیجان ابراز شده آنگونه که اسکرایبر (۱۹۹۵) گفته است می‌باشد. نکته دوم: در ارتباط با فرهنگ است، در فرهنگ ما داشتن بیمار روانی یا بیمار روانی بودن عیب تلقی گردیده، موضوعی شرم‌آور، موجب خجالت و سرافکنندگی خانواده تلقی می‌شود، به همین علت در صورت بروز بیماری، خانواده آن را مخفی نموده و بسیار دیر برای درمان اقدام می‌نمایند، در زمانی که بیماری مزمن شده است. این می‌تواند توجیه کننده عدم معناداری تفاوت میانگین‌ها باشد.

یکی از اهداف این پژوهش آشنا کردن پژوهشگران ایرانی با این نظریه و کاربردش در درمان اختلالات روانی بوده است، مداخلات درمانی با خانواده بر ایجاد تغییرات در نگرش‌ها و رفتارهایی که در میان خویشاوندان حایز «هیجان ابراز شده‌ی» بالا شایع و عمومی است تاکید داشته (نشان دادن سطوح بالای عیب‌جویی، «درگیری هیجانی مفرط» و خصومت) و تلاش می‌شود تا نگرش‌های سودمند^۱ و مثبت افزایش داده شوند. چنین مداخلات درمانی اساساً به‌طور تجربی انجام می‌شده. به همین دلیل احتمال دارد که نظریه پیشنهادی استرس و مواجهه‌ی لازاروس - فولکمن (۱۹۸۴) به درک و فهم ما از تغییرات درمانی که در این مداخلات رخ می‌دهند کمک نموده و آگاهی و شناخت بیش‌تری از مداخلات درمانی جدید را برای ما فراهم نماید (اسکازوفکا و کوئیپرز، ۱۹۹۹).

یکی از فرضیاتی که در مداخله‌های بالینی با خانواده، پایه و مبنا قرار گرفته است این است که ویژگی‌های هیجانی زندگی افراد را از طریق مخاطب قرار دادن نقایص و کمبودهایشان در مهارت‌های مواجهه، می‌توان اصلاح نمود (لم، ۱۹۹۱). به‌رحال نتایج پژوهش‌ها نشان داده که خویشاوندان از استراتژی‌های مواجهه‌ی متنوعی استفاده می‌کنند، و لذا، مداخلات درمانی با خانواده‌ها می‌بایستی بر اصلاح جنبه‌هایی از روابط میان بیماران و خویشاوندان متفرد که تحت تاثیر شیوه‌های متداول اگرچه درمان‌های خانواده - مبنا در مورد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به‌خوبی توسعه یافته، اما برای بیماران مبتلا به اختلال «شخصیت مرزی» هنوز در آغاز راه است. قبل از این‌که شتابزده عمل کرده و به انتخاب مجدد رویکردهای درمانی‌ای که برای دیگر گروه

^۱ *Appealing* ارزشیابی خویشاوندان از رفتار بیماران هستند متمرکز شود (اسکازوفکا و کوئیپرز

های تشخیصی بکار رفته‌اند اقدام کنیم، درک و شناخت بیش‌تر از ویژگی‌های خانوادگی که ممکن است تسهیل‌کننده بهبودی یا آسیب‌شناسی^۱ اصلی در بیماران مرزی باشند امری کاملاً ضروری است (همان منبع).

درمان متمرکز شده بر آموزش روانی تربیتی^۲ خانواده قصد دارد تا به خانواده‌ها برای کسب تعادل^۳ بعد از این‌که یکی از اعضای خانواده دچار مشکل هیجانی و عاطفی گردید؛ کمک کند و تاثیر آسیب‌زای^۴ بیماری بر خانواده را کاهش دهد. مؤلفه‌های این درمان شامل ارزیابی محیط اجتماعی^۵ خانواده، آموزش روانی تربیتی برای بیمار و خانواده درباره دوره درمان اختلال دوقطبی، بهبود و تقویت ارتباطی^۶ و نیز آموزش مهارت‌های حل مسئله است. بهبود و تقویت ارتباط، قسمتی از درمان الگوهای «هیجان‌ابراز شده» در خانواده، شامل رشد و توسعه مهارت و تسلط در چهار حوزه ذیل است:

گوش کردن فعال^۷، ابلاغ فیدبک مثبت، ابلاغ فیدبک منفی^۸، درخواست تغییرات در رفتار دیگر اعضای خانواده (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰)

مطالعه روش مداخله خانواده^۹ که، توسط باروکلوج و تاریر (۱۹۹۰) انجام شد، حاکی از آن است که این روش قادر است میزان بازگشت بیماری را کاهش و عملکرد اجتماعی را افزایش دهد، آن‌ها استدلال می‌کنند که این سطح اصلاح شده عملکرد اجتماعی ممکن است موجبات و دلایل نگرش‌های منفی و عیب‌جویی از سوی خویشاوندان را کاهش دهد (تاناکا، شیمودرا و مینو، ۱۹۹۷). به‌نظر می‌رسد که درمان بیمار از طریق دارودرمانی و «مداخلات روانی تربیتی خانواده» در کاهش^{۱۰} طول دوره بیماری برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلالات دوقطبی

¹ Patholog

² Psychoeducational

³ Equilibrium

⁴ Traumatic

⁵ Milieu

⁶ Communication Enhancement

⁷ Active Listening

⁸ Delivering Negative Feedback

⁹ Family Intervention

¹⁰ Modifying

شیوه‌ای کارآمد باشد (ونول مایکلویترز، ریچاردز، جورج، ۲۰۰۰). جالب است توجه کنیم که استراتژی‌هایی را که خانواده‌ها برای کنترل بیمار ایجاد می‌کنند قسمت مکمل اکثریت درمان‌های خانواده - مبنا برای اسکیزوفرنیا است. مداخلات خانواده همچنین، تاکید زیادی بر آموزش خویشاوندان درباره‌ی اختلال دارند، بنظر می‌رسد این مطلب کاملاً متناسب با یافته‌های ما باشد که سطوح بالاتر آموزش معمولاً با سطوح بالاتر انعطاف‌پذیری و تحمل مرتبط‌اند. احتمال این که شیوه‌های روان- تربیتی بگونه‌ای مستقیم توسعه نگرش‌های انعطاف‌پذیری و تحمل بیش‌تر نسبت به بیماران را افزایش دهد وجود دارد. موضوعی که استحقاق پژوهش تجربی را دارد - (هالی و هیلر، ۲۰۰۰).

مطالب فوق می‌تواند توجه دست‌اندرکاران آموزش عالی و درمان را به لزوم توجه جدی به تربیت روان‌دلمانگران متخصص در زمینه‌های زوج‌درمانی و خانواده درمانی جلب نماید، چیزی که با توجه به فرهنگ ایرانی و اسلامی تاکنون کمتر مورد توجه درخور و مناسب قرار گرفته است.

در کشور ما بعلا شرایط فرهنگی خاص خود، فرزندان تحت نفوذ والدین هستند، و این امر حتی پس از ازدواج و تشکیل زندگی مشترک و مستقل از والدین نیز ادامه دارد، بالا بودن انتخاب گزینه مادر (۵۰٪) بعنوان مؤثرترین و بسا نفوذترین فرد در زندگی افراد، می‌تواند و بایستی توجه برنامه‌ریزان آموزشی و تعلیم و تربیت کشور را به این نکته جلب نماید که، بسیاری از روابط و اعمال فرزندان نشأت گرفته از مادر می‌باشد، و لذا با توجه به نقش مادر و همسر در خانواده لزوم بازنگری جدی برنامه‌های زنان در کشور را بایستی مد نظر قرار داد. بسا آموزش شیوه‌های مناسب مقابله با استرس، چگونگی بروز و نشان دادن هیجان‌ات به شیوه‌ای مناسب، موجبات افزایش بهداشت روانی جامعه را فراهم نمود. نقش منفی هیجان‌ابرازشده‌ی بالا را در دوران رشد کودکان و نوجوانان نیز می‌توان یافت.

(در اینمورد مادران و پدران مد نظر هستند، که توجه پژوهشگران را می‌طلبد) یافته کلافی و همکارانش در خصوص میزان ۷۴ درصدی هیجان‌ابرازشده‌ی بالا در میان خانواده‌های ایرانی تأکیدی بر این مهم است.

اگرچه داده‌های پژوهش بطور کلی وجود رابطه میان هیجان‌ابرازشده و صفات شخصیتی (آن‌چنانکه در آزمون نئوپی.آی.آر. سنجیده می‌شود) را تایید نمود، اما نشان داد که برخی از

موقف‌های هیجان‌آبرازشده با برخی از رویه‌های شخصیت ارتباط دارند و این می‌تواند حداقل به عنوان سرنخ‌هایی مبنی بر احتمال وجود رابطه میان هیجان‌آبرازشده و شخصیت در پژوهش‌های بعدی بکار آید.

جدول شماره ۱ همسانی درونی مقیاس LEE بر اساس آزمون آلفا کرونباخ

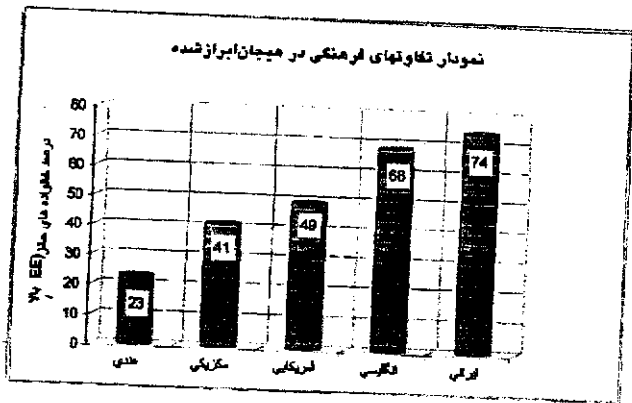
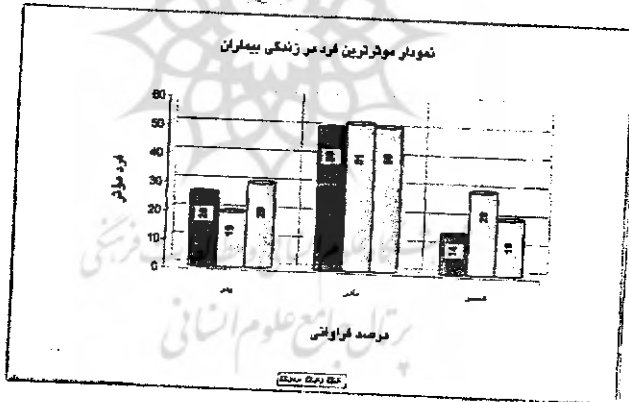
مقیاس‌ها	دوگزینه‌ای	چهارگزینه‌ای
مزاحمت یا مداخله گری	$R = ۰/۳۴۷۲$	$R = ۰/۶۶۹۰$
پاسخ هیجانی	$R = ۰/۸۵۸۵$	$R = ۰/۸۹۴۹$
نگرش نسبت به بیماری	$R = ۰/۸۲۲۸$	$R = ۰/۸۳۹۳$
تحمل / انتظارات	$R = ۰/۸۸۹۳$	$R = ۰/۸۷۹۲$
کل مقیاس	$R = ۰/۸۵۹۱$	$R = ۰/۹۳۷۶$

جدول (۲) میزان همبستگی میان مولفه‌های «هیجان‌آبرازشده» و زیر مجموعه‌های «صفات شخصیتی»

سطح معناداری	r	زیر مجموعه‌های «صفات شخصیتی»		مولفه‌های «هیجان‌آبرازشده»		
		S	M	S	M	
۰/۰۶	۰/۴۳*	S=۷/۰	M=۲۲/۰۲	S=۱۰/۰۶	M=۳۷/۴۳	نگرش منفی (A)
۰/۰۴۷	۰/۳۵*	S=۴/۶	M=۱۵/۱۵	S=۱۰/۰۶	M=۲۱/۴۳	نگرش منفی (A)
۰/۰۶	۰/۴۴*	S=۷/۰	M=۲۲/۰۲	S=۹/۵۱	M=۳۳/۳۴	تحمل / انتظار (T)
۰/۰۰	۰/۵۸**	S=۴/۶	M=۱۲	S=۷/۳۱	M=۲۵/۹۰	مداخله گری (I)
۰/۰۲۴	۰/۳۹*	S=۵/۱۷	M=۱۱/۳۸	S=۷/۳۱	M=۲۵/۹۰	مداخله گری (I)
۰/۰۳۷	۰/۳۷*	S=۵/۱۹	M=۲۱/۸۱	S=۷/۳۱	M=۲۵/۹۰	مداخله گری (I)
۰/۰۳۳	۰/۴۰*	S=۳/۸	M=۶/۱۸	S=۷/۳۱	M=۲۵/۹۰	مداخله گری (I)
۰/۰۲۰	۰/۴۹*	S=۴/۹۰	M=۲۱/۵۹	S=۷/۳۱	M=۲۵/۹۰	مداخله گری (I)

جدول شماره ۳ خلاصه تجزیه و تحلیل آزمون پکترو

درجه ستاره‌ای	F	MS	درجه آزادی	مجموع سطوحات	منبع	منته‌ها
۰/۲۵۹	۱/۲۱۹	۱۰۰۳۵۸	۵	۵۱۹۷۵۰	درون گروه‌ها	تکرار متغیر نسبت به ستاره‌ای
۰/۲۵۹	۱/۲۱۹	۷۸۸۳۳	۱۵۰	۱۱۸۳۸۹۳	بین گروه‌ها	تکرار متغیر نسبت به ستاره‌ای
			۱۵۵	۱۲۷۱۱۷۱۱	ک	
۰/۲۷۶	۱/۰۵۲	۱۰۰۵۲۳	۵	۵۱۹۷۱۰	درون گروه‌ها	تمایل اجتماعی
		۱۰۰۳۱۶	۱۵۰	۱۵۱۳۷۱۱۸	بین گروه‌ها	
			۱۵۵	۱۵۲۷۱۵۵۸	ک	
۰/۳۱۱	۱/۷۶۵	۳۲۰۵۲	۵	۱۳۵۲۳	درون گروه‌ها	مراحت و سادگی گری
		۵۰۳۷۷	۱۵۰	۷۱۱۷۱۱۳	بین گروه‌ها	
			۱۵۵	۸۰۳۷۱۱۷	ک	
۰/۳۶۶	۱/۰۰۰	۱۰۱۲۳۵	۵	۵۱۱۷۱۱	درون گروه‌ها	پایع هیجانی
		۵۸۲۵۱	۱۵۰	۱۵۷۷۱۱۰۱	بین گروه‌ها	
			۱۵۵	۱۵۱۱۷۱۱۷	ک	
۰/۳۷۸	۱/۰۷۲	۱۰۱۷۲۳۳	۵	۵۱۵۷۱۱۵	درون گروه‌ها	نمره کل
		۵۸۶۰۰۲	۱۵۰	۱۵۸۰۳۵۳	بین گروه‌ها	
			۱۵۵	۱۵۲۳۳۳۰۱	ک	



منابع:

- ۱- پورافکاری، نصرت الله، (۱۳۷۶). فرهنگ جامع روانشناسی - روانپزشکی: انگلیسی - فارسی. تهران: فرهنگ معاصر..
- ۲- حق‌شناس، حسن، (۱۳۷۸). هنجاریابی آزمون شخصیتی نشو، فرم تجدید نظر شده. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۴، ۳۸-۴۷
- ۳- خداپناهی، محمدکریم، (۱۳۷۶). انگیزش و هیجان. تهران: سمت.
- ۴- ریو، جان. مارشال، (۱۳۷۶). انگیزش و هیجان. (یحیی سیدمحمدی، مترجم). تهران: ویرایش (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۹۵).
- ۵- ساراسون، جسی. آبروسن، و ساراسون، آر. باریارا (۱۳۷۱). روانشناسی مرضی (بهمین نجاریان، محمدعلی‌اصغری‌مقدم، محسن دهقانی، مترجمان). تهران: رشد (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۸۷ چاپ پنجم).
- ۶- سرمد، زهره، بازرگان، عباس، حجازی، الهه، (۱۳۸۰). روشهای تحقیق در علوم رفتاری. تهران: سخن.
- ۷- سلیگمن، مارتین، ای. پی، و روزنهان، دیوید. ال. (۱۳۷۹). روانشناسی نابهنجاری آسیب‌شناسی روانی. (سیدمحمدی‌یحیی، مترجم). تهران: ساوالان (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۹۵ ویراست سوم).
- ۸- سیف، علی اکبر، (۱۳۷۵). روشهای اندازه‌گیری و ارزشیابی آموزشی. تهران: نشر دوران.
- ۹- شریفی، حسن پاشا، شریفی، نسترن (۱۳۸۰). روشهای تحقیق در علوم رفتاری. تهران: سخن (چاپ اول).
- ۱۰- شعاری نژاد، علی اکبر، (۱۳۶۴). فرهنگ علوم رفتاری. تهران: امیرکبیر.
- ۱۱- شولتر، دوآن، (۱۳۷۷). نظریه‌های شخصیت. (کریمی، جمهوری، نقشبندی، گودرزی، بحیرایی، نیکخو، مترجمان). تهران: ارسباران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۹۰).
- ۱۲- فرگوسن، جرج ا، تاناکه، یوشیو، (۱۳۷۷). تحلیل آماری در روانشناسی و علوم تربیتی. (علی دلاور، سیامک نقشبندی، مترجمان) تهران: ارسباران.
- ۱۳- کاستلو، تیمونی، و کاستلو، رف، (۱۳۷۳). روانشناسی نابهنجاری (نصرت الله پورافکاری، مترجم). تبریز: آزاده (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۹۲).
- ۱۴- گروسی‌فرشی، میرتقی، (۱۳۸۰) رویکردی نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت). تبریز: جامعه پژوه. (چاپ اول).

- ۱۵- میلانی ف.، پروز، (۱۳۷۶). بهداشت روانی. تهران: قومس.
- ۱۶- هادوک بیلان، پتردی، اسلید، (۱۳۷۷). رفتاردرمانی شناختی اختلالات اسکیزوفرنیک. (مجید محمود علیلو، تورج هاشمی نصره آبادی، حمید پورشریفی، مترجمان). تهران: دانشگاه آزاد واحد فردا. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۹۶).
- ۱۷- نفیسی، غلامرضا، زند، پارسا، (۱۳۷۵). سنجش و ارزشیابی. تهران: دانشگاه آزاد واحد تهران جنوب.
- ۱۸- زرگر، محمود، (۱۳۸۰). راهنمای جامع SPSS 10 همراه با ۶۶ تمرین علمی کاربردی. تهران: بهینه.

References:

- 1- Bertrando, P. & et al. (1992). Expressed emotion and schizophrenia in italy, A study of an urban population. B r. J. of Psychiatry, 161, 223-229.
- 2- Baron, Robert A. (1998). Psychology. (4th Ed). U.S.A. Viacom company.
- 3- Butzlaff, L. Ronald, Hooley, Jill M. AM. (1998). Expressed emotion and psychiatry relaps, A meta analysis. Arch. Gen. Psychiatry, vol. 55, 547-552.
- 4- Chambless, Dianne L., Bryan, Angela D., Aiken, Leona S., Steketee, G., Hooley, Jill M., (1999). The structure of expressed emotion: A Three-construct Representation. Psychological assessment, Vol. 11, No. 1. 67-76.
- 5- Digman, J. M. (1990). The five factor model. Internet. www.psych.nyu.edu/carial/five. Html. P: 1-3.
- 6- Docherty, Nancy, M. & Cutting, Linda P. & Bers, Susan A. (1998). Expressed emotion and differentiation of self in the relatives of stable schizophrenia out patients. B r. J. of psychiatry, vol. 61, winter. 269-278.
- 7- Durand, V. Mark, Barlow, David, H. (2000). Abnormal psychology: an introduction (2nd ed.). Canada. Wadsworth.
- 8- Gerlsma, C. & Hall, W. W. (1997). Predictive power and construct validity of the level of expressed emotion (LEE) scale. B r. J. of Psychiatry, 170. 520-525.
- 9- Gerlsma, C. & ET AL (1992). Factor analysis of the level of expressed emotion scale: A questionnaire intended to measure "precived expressed emotion" Br. J. of Psychiatry
- 10- Hooley, Jill M., Hiller, B. (2000). Personality and expressed emotion. Journal of abnormal psychology, 109: (1), 40-44.
- 11- Hooley, Jill M., Hoffman, D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. Am J Psychiatry, 156: 10, 1557-1562.
- 12- Hooley, Jill M., Licht, M. (1997). Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. Journal of abnormal psychology, 106: (2), 298-306
- 13- Holley, Jill M., Butzlaff, Ronald L., (1998). Expressed emotion and psychiatric relaps: A Meta analysis. Arch. Gen. Psychiatry, vol. 55, 547-552.
- 14- Hinrichsen, Grego A., Pollack Simcha (1997). Expressed emotion and the course of late-life depression. J. of abnormal psychology, vol. 107, No. 3, 497-507.
- 15- Inoue, S., Tanaka, S., Shimodera, S., Mino, Y. (1997). Expressed emotion and social function. Psychiatry research, 72, 33-39.
- 16- Jenkins, H., Marvin, K. (1992). The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research. Am. J. Psychiatry, 149: (1), 9-21.
- 17- Kazarian, Shahe S. & Cole, J. D. (1988). The level of expressed emotion scale, A new measure of expressed emotion. Journal of clinical psychology, vol. 44, NO. 3, 392-397.
- 18- Kazarian, Shahe S. (1992). The measurement of expressed emotion: A review. Canadian journal of psychiatry, vol. 37, NO. 1, 51-56.

- 19- Kalafi , y. & Torabi , M. (1996). The role of parental expressed emotion in relaps of schizophrenia . *Iran. J. med. Science* , 21 (1 & 2) : 46-50.
- 20- Lam,dominic (2000). Psycho-social family intervention in schizophrenia :Application of Expressed emotion concept in united kingdom . internet , find articles site. P:1-6 .
- 21- Mottaghi Pour Y. , Pour Mand D., et al (1993). Introduction to survey of relationship between schizophrenic and relaps. Abstract. Fourth Iranian congress of research in psychiatry. Tehran.
- 22- Mac carthy , B. & et al(1986).Unpredictability as a correlate of expressed emotion in the relatives of schizophrenics. *Br. J. of Psychiatry* , 148 , 727-731.
- 23- Popkins,Nathan C.(2001).The five factor model: emergence of a taxonomic model for pesonality psychology.Interne.www.personality-research.org/papers/popkins.html. P: 1-12.
- 24-Sadock,B.J. & Sadock,V.A. (2000).Kaplan & Sadock's Comorehensive Text Book of psychiatry (VII).(7th ed.). USA. Philadelphia: Lippincott williams & wilkins
- 25- Scazufca,M. , Kuipers, E.(1999). Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *Br. J. of Psychiatry*,174: 154-158 .
- 26- Schreiber, L. , Breier, A. , Pickar, D.(1995). Expressed emotion trait or state? *Br. J. of Psychiatry*, 166: 647-649.
- 27-Simoneau,L. ,Miklowitz,J. Saleem, R.(1998). Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. *Journal of abnormal psychology*,107:(3),497- 507.
- 28- Thomas,ben , Hardy,sally , Cutting,penny (1997) . *Mental health nurssing : Principles and practice . (first edition) . U.S.A : Mosby .*
- 29-Vaughn, C. , Leff, J. (1976).The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br. J. soc. Clin. Psychol.* 15, 157-165.
- 30- Vaughn, C. ,Leff, J. (1970). The meaning of expressed emotion in the families of psychiatry patients. *Br. J. of Psychiatry*, 129: 125-137.
- 31- Wendel , jennifer S. , Miklowitz, daivid j. , Richards , jeffery A. , George , elizabeth L. (2000) . Expressed emotion and attributions in the relatives of bipolar patients : An analysis of problem-solving interaction. *J. of abnormal psychology*,vol.109,No.4,792-796.
- 32- Wendel, S. ,Miklowitz, J. , Richards, A., George, L.(2000). Expressed emotion and attributions in relatives of bipolar patients: an analysis of problem-solving interaction. *Journal of abnormal psychology*, 109: (4), 792-796.
- 33- Weisman, G., Nuechterlein, H. , Goldstein, J. , Snyder, S.(1998). Expressed emotion, attributions , and schizophrenia symptom dimensions. *Journal of abnormal psychology*, 107: (2),355-359.