

مقاله‌ی پژوهشی

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

خلاصه

مقدمه: عوامل اجتماعی متعددی در اختلال وسواسی-اجباری نقش بازی می‌کند و نوع رفتار و هیجانان 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 هیجانان 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 هیجانان ادراک شده بیماران در ۴ حیطه‌ی مربوط به هیجانان ابراز شده در خانواده شامل آمیختگی بیش از حد، انتقادگری، بی‌توجهی و عدم حمایت عاطفی و خشونت طبقه‌بندی می‌شود و این هیجانان 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: هیجانان درک شده‌ی بیماران از سوی خانواده، گویای واکنش‌های 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. هیجانان 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 برخوردار است. مولفه‌ی شناختی، مولفه‌ی فیزیولوژیکی و مولفه‌ی رفتاری. 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 در درمان بیماران مبتلا به اختلالات روانی خانواده به عنوان یکی از پایه‌های اساسی درمان به شمار می‌رود بنابراین محیط هیجانی خانواده در برابر بیماری از اهمیت فراوانی برخوردار است. به طوری که فضای هیجانی خانواده در بروز بیماری و یا عود بیماری موثر است (۲). یکی از موضوعات مهمی که در حوزه‌ی خانواده به عنوان عامل موثر در بروز و شدت اختلالات روانی مطرح است مسئله‌ی هیجان ابراز شده می‌باشد. هیجان ابراز شده، نشان‌دهنده‌ی شرایط هیجانی خانواده است که کیفیت رابطه‌ی اعضای خانواده را با بیمار منعکس می‌کند و شامل ابعاد و نظرات انتقادی و خصومت‌آمیز و آمیختگی عاطفی شدید است (۳). در میان عوامل خانوادگی موثر در درمان بیمار، هیجان ابراز شده در اکثر مطالعات به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی عود اختلالات اسکیزوفرنیا، افسردگی و دمانس و اختلالات اضطرابی مشخص گردیده است. در صورتی که مطالعات خیلی کمی به نقش هیجان ابراز شده در اختلال وسواسی-اجباری پرداخته‌اند (۴). هیز^۱ در مطالعه‌ی خود نشان داد که ۴۶ درصد از پدران و ۶۶ درصد از مادران ۴۹ کودک مبتلا به وسواس، سطوح بالایی از هیجان ابراز شده را دارا بودند. 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^۲ تعاملات خانوادگی را در طی ۹ ماه بعد از درمان بررسی کرد. عملکرد خانوادگی و اجتماعی ضعیف و تعاملات خانوادگی منفی (هیجان ابراز شده) در ارتباط با بیمار، منافع کمتری را بعد از درمان به دنبال داشت و بر عکس احساسات مثبت در محیط خانه با پیشرفت بیشتری در درمان همراه بود (۷).

مطالعات مختلف دلالت می‌کنند بر این که سطوح هیجان ابراز شده با

افزایش مصرف دارو و سطح عملکرد و میزان عود بیماری در ارتباط نزدیک است (۴). برای بعضی از خانواده‌ها هیجان ابراز شده در اکثر اوقات ثابت نیست، هرچند اسکازوفکا^۳ در مطالعه‌ی خود در یک دوره‌ی ۹ ماهه پی‌گیری مطرح می‌کند که هیجان ابراز شده در دوسوم خانواده‌ها در بدو بیماری ثابت باقی می‌ماند و تغییرات در سطوح هیجان ابراز شده با تغییرات در میزان فرسودگی خانواده و وسعت و میزان تماس بین بیمار و خانواده، قابل پیش‌بینی می‌باشد (۸). بارولوق^۴ عقیده دارد که هیجان ابراز شده ممکن است تعاملات پیچیده‌ای را بین بیمار و اعضای خانواده ایجاد کند و در واقع بیماری و رفتارهای بیمار، بخش مهمی از روند کمک به منشا هیجان ابراز شده و تغییرات آن در یک خانواده در طول زمان می‌باشد (۹). مطالعه‌ی شانموقیه^۵ نشان داد که هیجان ابراز شده در بیماران مبتلا به وسواس، بالا بود و انتقادگری و آمیختگی عاطفی شدید در خانواده وجود داشت و شدت آمیختگی عاطفی بیش از انتقادگری بود (۱۰). مطالعه‌ی درمورد کودکان مبتلا به وسواس درمان شده با دارو نشان داد کودکانی که با والدین با هیجان ابراز شده‌ی بالا زندگی می‌کردند بعد از ۲ تا ۷ سال پی‌گیری 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 آیا روابط خانوادگی ممکن است در سیر بیماری اثرگذار باشد یا خیر؟ با توجه به شیوع بالای اختلال وسواسی-اجباری در شهرکاشان و میزان عود مکرر این بیماری و نگرش نامناسب برخی از خانواده‌ها در خصوص اختلالات روانی بر آن شدیم به منظور دستیابی به تجربیات بیماران در خصوص رفتار مراقبان به انجام مطالعه‌ی کیفی پیردازیم تا با شناخت درست و درک واقعی بیماران در پی راهکارهای مفید جهت کاهش میزان عود بیماری و شدت آن باشیم. در همین راستا این مطالعه به روش کیفی و با هدف تبیین هیجان‌ها درک شده مبتلایان به اختلال وسواس در ارتباط با خانواده‌شان در شهرکاشان انجام شد.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر به منظور شناخت هیجان‌ها درک شده مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری در ارتباط با خانواده‌ی آن‌ها انجام شد. این مطالعه از نوع کیفی می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدف‌مند در مورد ۱۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بستری در بیمارستان روان‌پزشکی کارگرنژاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد. معیارهای ورود در این مطالعه عبارتند از: بیماران مبتلا به اختلال

³ Sczufca

⁴ Barrowclough

⁵ Shanmugiah

¹ Hibbs

² Steketeetee

که هر یک شامل چند زیرشاخه می‌شدند طبقه‌بندی شدند که در جدول ۱ هیجان‌ات درک شده بیماران با نقل قول خود آن‌ها ارایه می‌گردد.

هیجان‌ات بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در ارتباط با خانواده

آمیختگی هیجانی بیش از حد

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 را نسبت به هیجان‌ات خانواده و دخالت آن‌ها این گونه بیان می‌کردند که رفتار خانواده در خصوص بیماری‌شان باعث احساس عدم اعتماد به نفس در بیمار می‌شود.

خانم بیمار ۲۲ ساله‌ای چنین عنوان کرد: "در انجام بعضی از کارام اصرار می‌کنن که حتما کنار من باشند، مثلا آگه 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 که: "مامانم مدام منو زیر نظر داره تا ببینه چه کار می‌کنم بخوام یه کار شخصی انجام بدم ممکنه اون کار اصلا مهم هم نباشه یا دزدکی نگاه می‌کنن یا ازم سوال می‌پرسن، بخوام برم دستشویی مثلا برگردم یه دستمال بردارم می‌پرسن دستمالو برا چی می‌خوای، می‌خوای چکار کنی و... مثل یه بچه مراقب من هستن".

ج- نداشتن حریم شخصی

برخی از بیماران از این که در محیط خانه، جو صمیمانه و گرمی وجود ندارد و خانواده، محلی برای آرامش خاطر و راحتی انجام کارهای‌شان نیست ناراضی بودند. بیماری در این مورد مطرح کرد که "کافیه دوستم زنگ بزنه، من جرات ندارم برم اتاق دیگه باهاش حرف بزنم اصلا 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 می‌باشم، اصلا 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

وسواسی اجباری بر اساس ملاک‌های تشخیصی چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و تشخیص روان‌پزشک، دارا بودن سن حداقل ۲۰ سال، بیمارانی که شدت وسواس آن‌ها بر اساس تست ییل-براون بیش از ۲۵ باشد. معیارهای خروج شامل وجود عقب-ماندگی ذهنی، ضایعات ارگانیک مغزی، تشنج، اختلالات سایکوز و اختلالات دوقطبی. بیماران انتخابی از نظر شدت وسواس و طول مدت بیماری و سطح تحصیلات و تعداد بستری تقریباً همگن بودند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی قبل از شروع مطالعه توضیحی در راستای هدف مطالعه و چگونگی انجام آن به شرکت‌کنندگان جهت شرکت و کسب رضایت آگاهانه در مطالعه داده شد و در تمامی مراحل مطالعه محرمانه نگهداشتن اطلاعات شخصی افراد لحاظ گردید. در این مطالعه از روش گروه متمرکز^۱ برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد و یک دستیار روان‌پزشکی و روان‌شناس به عنوان رئیس جلسه، گروه را اداره کردند. اطلاعات حاصل از مطالعه‌ی 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 شدند که در ۴ طبقه اصلی و ۱۲ طبقه فرعی خلاصه شد. به منظور اعتبار داده‌ها از تلفیق جمع‌آوری داده‌ها، یادداشت در عرصه، دست‌نوشته‌ها و موارد ضبط شده مرور و و بازنگری و مقایسه‌ی مداوم داده‌ها استفاده شد. برای تایید مقبولیت داده‌ها و اعتبار و روایی تحقیق، داده‌های کیفی شرکت‌کنندگان با 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

افراد شرکت‌کننده در مطالعه، ۱۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بستری در بیمارستان روان‌پزشکی بودند. محدوده‌ی سنی بیماران ۲۲ تا ۳۸ سال و میانگین سنی آن‌ها $30 \pm 4/89$ سال بود. از نظر جنسیت ۶ نفر زن و ۴ نفر مرد، ۵ نفر متأهل و ۵ نفر آن‌ها مجرد بودند و تحصیلات همه‌ی آن‌ها دیپلم بود. از نظر شدت اختلال وسواسی-اجباری بر اساس تست ییل-براون تمامی بیماران در سطح شدید اختلال قرار داشتند و میانگین مدت بیماری آن‌ها ۷ سال بود. از لحاظ تعداد بستری، سابقه‌ی بستری بیش از ۵ بار را گزارش نمودند. براساس نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها هیجان‌ات درک شده بیماران مبتلا به وسواس در ۴ طبقه اصلی

^۱Focus Group

ننگ مایی، تو خرافاتی هستی، بهم کم محلی می‌کنی 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: "اصلاً منو آدم حساب نمی‌کنن چه برسه به این که از من بخوان تا کاری رو براشون انجام بدم حرف می‌زنم صحبتیم رو قطع می‌کنن منو جلو جمع کوچیک می‌کنن منو به اسم خاصی صدا می‌زنن".

خشونت و کج خلقی

الف- اضطراب

مشارکت‌کننده‌ی بیان کرد: "وسواسم که شدید می‌شه کار به کتک- کاری هم می‌رسه یا فلکه‌ی آب رو قطع می‌کنند بیشتر حالم بد می‌شه یا همین که می‌فهمن دوباره حالم بد شده بهم می‌ریزن و اعصابشون خورد می‌شه با هم دعواشون می‌شه دچار اضطراب می‌شم".

ب- خودسرزنی

بیماری عنوان کرد: "مادرم اصلاً 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 برجسب زدن آدمو داغون می‌کنه".

بحث

مطالعه‌ی حاضر با هدف شناخت هیجان‌ات درک شده بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در ارتباط با خانواده‌ی آنها انجام شد. در این مطالعه، هیجان‌ات درک شده توسط بیماران در طبقاتی شامل آمیختگی هیجانی بیش از حد، انتقادگری، عدم حمایت عاطفی، خشونت و کج- خلقی قرار گرفتند که هرکدام از این هیجان‌ات شامل زیرطبقات فرعی دیگر نیز می‌باشد. بر اساس یافته‌های به دست آمده از این مطالعه، بیماران طیف وسیعی از هیجان‌ات منفی را توسط خانواده دریافت کرده بودند که از میان هیجان‌ات درک شده‌ی بیماران دخالت بیش از حد و عدم حمایت عاطفی بیش از دوطبقه‌ی دیگر در میان خانواده‌ی بیماران وجود داشته است و همان طور که از اظهارات بیماران برمی‌آید این هیجان‌ات منفی باعث شده بود تا در وضعیت روانی آنها تغییراتی ایجاد شود و منجر به آشفتگی بیمار گردد، به گونه‌ای که بیمارانی که خانواده‌های آنها بیش از حد کنترل‌کننده و فاقد حمایت عاطفی کافی بودند، احساساتی نظیر عدم اعتماد به نفس، احساس تحت کنترل بودن و نداشتن حریم شخصی،

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 ساله‌ی بیان کرد: "خانواده‌ام نمی‌خوان قبول کنن که من مریضم. فکر می‌کنن دارم باهاشون لج‌بازی می‌کنم احساس می‌کنم ازم خوششون نیامد خیلی ناراحتم بعضی وقتا می‌خوام از دستشون داد بزنم". مشارکت‌کننده‌ی دیگری عنوان کرد که "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 ساله‌ی گفت: "وقتی خانواده‌ام از من می‌خوان که طبق میل و خواسته‌ی اونا رفتار کنم و من نمی‌تونم، احساس بدی پیدا می‌کنم احساس می‌کنم خانواده‌ام رو اذیت می‌کنم و اونا از دست من عذاب می‌کشن".

دختر ۳۲ ساله‌ی 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 هیچیت نیست تو مشکلی نداری می‌خواهی 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

طوری که مواجهه‌درمانی در بیماران مبتلا به اختلال 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 یک اثر منفی روی اختلال وسواسی-اجباری مطرح شده است که ممکن است با کاهش احساس خودکارآمدی در بیمار همراه شود. تمام این یافته‌ها بازتابی از مدل استرس آسیب‌پذیری هیجان ابراز شده بر سلامت روان می‌باشد. به طوری که بیمارانی که با هیجان ابراز شده‌ی بالایی روبه‌رو هستند در روابط بین فردی، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند (۱۶).

کمبلرز^۳ نقش هیجان ابراز شده را به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی نتایج رفتاردرمانی در ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و ۴۱ بیمار مبتلا به 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. نتایج نشان داد که آمیختگی هیجانی شدید به عنوان یک واکنش خشونت‌آمیز از طرف بیمار با رها کردن درمان بیشتری همراه بود و بیمارانی که مراقبان خشن داشتند ۶ بار بیشتر از سایرین درمان را رها کردند. خشونت، نتایج ضعیف‌تری را پس از درمان به دنبال داشت (۱۷). امکامپ^۴ مطرح می‌کند که هیجان ابراز شده باعث عود اختلال وسواسی-اجباری می‌گردد. خانواده‌هایی که خود را در فعالیت‌های بیمار به طور افراطی درگیر می‌سازند باعث احساس خشم و طرد بیمار می‌شوند. واکنش‌های غیر انطباقی خانواده، استرس بیشتری را در بیمار ایجاد می‌کند و منجر به علائم بیشتر و حتی عود بیماری می‌گردد (۱۸). هم‌چنین مطالعاتی که در گذشته در این زمینه انجام شده است نیز آمیختگی هیجانی شدید و انتقادگری را به عنوان دو عنصر اصلی هیجان ابراز شده ارزیابی و مطرح کرده‌اند که سطوح بالای انتقادگری با ادراک خانواده از این که رفتار بیمار توسط خود بیمار قابل کنترل می‌باشد، در ارتباط بود و رفتار آشفته‌ی بیمار به عنوان شکست بیمار در جهت فعالیت‌های سازنده و موثر در نظر گرفته می‌شد (۱۹). خانواده‌هایی با سطوح بالای آمیختگی هیجانی بیش از حد ممکن است عقیده داشته باشند که بیماران خود به تنهایی مسایل‌شان را نمی‌توانند حل کنند و بنابراین بیشتر در مسایل بیمار دخالت می‌کنند که منجر به کنترل بیشتر می‌شود و باعث می‌شود تا بیشتر کارهای بیمار را خودشان به عهده بگیرند بنابر این بیمار ممکن است احساس پریشانی و سرخوردگی کند که از یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نیز به دست آمد (۶). برادیس^۵ در مطالعه‌ی خود نشان داد که بیماران مبتلا به وسواس که بیش ضعیف‌تری نسبت به بیماری داشتند علائم وسواس و هیجان ابراز شده‌ی بیشتری را نسبت به

احساس تنهایی، عدم همدلی، بی‌توجهی و طرد شدن از سوی خانواده و احساس بی‌ارزشی را بیشتر از سایرین تجربه کردند.

در توجیه این مطلب می‌توان گفت که اختلال وسواسی-اجباری اغلب تأثیرات ناتوان‌کننده‌ای بر خانواده به جا می‌گذارد. 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 دو هیجان ابراز شده‌ی آمیختگی هیجانی بیش از حد و عدم حمایت عاطفی در خانواده‌های بیماران مبتلا به وسواس را شاید بتوان این گونه تبیین کرد که خانواده‌های بیماران اغلب در آغاز و شروع اختلال از آمیختگی شدید به عنوان یک واکنش در پاسخ به آشفته‌گی بیمار استفاده می‌کنند ولی با مرور زمان و با توجه به ماهیت مزمن اختلال وسواس در جریان خسته و فرسوده شدن خانواده، این واکنش به صورت رها کردن بیمار و عدم حمایت عاطفی تظاهر پیدا می‌کند و با توجه به این که تمام بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه از اختلال وسواس مزمن رنج می‌بردند وجود این دو هیجان متضاد می‌تواند قابل توجیه باشد.

از جمله عواملی که می‌تواند نقش مهمی در شناخت هیجان‌ات ابراز شده داشته باشد شناخت خصوصیات فرهنگی خانواده‌ها است. از قبیل نگرش خانواده نسبت به بیماری روانی و انتظارات خانواده و در اکثر خانواده‌ها آمیختگی هیجانی بیش از حد با بیمار به عنوان یک هنجار درآمده است و مراقبی که فاقد آمیختگی هیجانی شدید باشد به عنوان فردی که صلاحیت مراقبت از بیمار را ندارد شناخته می‌شود (۱۳) که این ممکن است به دلیل عدم آگاهی و شناخت کافی خانواده‌ها از ماهیت اختلالات روانی ناشی شود که در فرایند درمان، اثر معکوس بر جا می‌گذارد.

یافته‌های حاصل از هیجان‌ات ادراک شده‌ی بیماران نشان می‌دهد که خانواده‌ها با دخالت و کنترل بیش از حد بیمار به گونه‌ای سعی در بهبود وضعیت بیمار داشته‌اند. در این مورد کندل^۱ مطرح می‌کند که اگر خانواده تصور کند که علائم بیمار توسط خود بیمار قابل کنترل می‌باشد، تلاش خواهد کرد تا بیمار را وادار کند تا به حالت طبیعی برگردد و در این زمینه از پاسخ‌های مقابله‌ای چون انتقادگری و خصومت استفاده خواهد نمود که این واکنش‌های غیر منطقی منجر به تشدید وضعیت بیمار خواهد شد (۱۴). کولپرز^۲ در مطالعه‌ی خود نشان داد که اظهارات انتقادی، خصومت‌آمیز و درگیری هیجانی بیش از حد بیشترین عامل عود بیماری هستند (۱۵). مطالعات نشان می‌دهد که تعاملات خانواده و درک بیمار از هیجان ابراز شده در برنامه‌ریزی درمانی بسیار موثر است. به

³ Chambless

⁴ Emmekamp

⁵ Beradis

¹ Kendel

² Kulpers

عناصر فعال در تمامی جلسات رفتاردرمانی و تکالیف خانگی که متناسب با وضعیت بیمار برگزار می‌شود حضور فعال و موثر داشته باشد تا اقدامات درمانی مخصوصاً در مورد بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری با شکست مواجه نشود.

نتیجه‌گیری

هیجان‌ها درک شده‌ی بیماران از سوی خانواده، گویای واکنش‌های 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.

سایر بیماران که بینش متوسط یا خوب و عالی داشتند تجربه کردند و فقدان بینش با میزان بالای انتقادگری خانواده همراه بود (۲۰).

با توجه به وجود هیجان‌ها ابراز شده در خانواده‌های بیماران و با توجه به اهمیت این موضوع در پیشگیری و درمان اختلالات روانی پیشنهاد می‌گردد تا جلسات آموزش خانواده به عنوان پایه اساسی و مکمل درمان مورد توجه بیشتر بالینگران قرار گیرد و جلسات و محتوای آموزش روانی خانواده‌ها متناسب با هیجان‌ها درک شده بیماران و آشنایی با ماهیت بیماری برنامه‌ریزی شود. به ویژه برای خانواده‌هایی که برای اولین بار با اختلال روان‌پزشکی مواجه می‌شوند. هم‌چنین خانواده به عنوان

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 understood 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. Steketee G, Vannoppen B. Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *J Psychiatry* 2003; 25(1): 43-50.
7. Steketee 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, Pidliswiy J, Tracey N. Staff expressed emotion and causal attributions for client problems on a cow security unit: an exploratory 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, McKenzie 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, Bebbington 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, Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive compulsive and agoraphobic outpatients. *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 perceived expressed emotion among adult outpatients with obsessive compulsive disorder. *J Psychiatr Pract* 2008; 14(3): 154-59.

جدول ۱- هیجانات درک شده‌ی بیماران مبتلا به وسواس

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		هیجانات درک شده‌ی بیماران مبتلا به وسواس در ارتباط با خانواده
احساس تنهایی	بی توجهی و عدم حمایت عاطفی	
افسردگی		
احساس بی‌ارزشی		
اضطراب	خشونت و کج‌خلقی	
احساس خودسرزنی		

