

The relationship of expressed emotion, codependency, coping styles for family stress and the symptoms of obsessive-compulsive patients

Fahime Rahgozar¹, Ali Reza Zahiredin², Sepideh Rajezi Esfahani*³, Simasadat Noorbakhsh⁴, Mojgan Mohhammadzadeh⁵

1. Behavioural Sciences Research Centre, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran .
2. Behavioral Sciences Research Centre, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Behavioural Sciences Research Centre, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author) S.rajezi@sbmu.ac.ir
4. Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Facult of Rehabilitation Scienses, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Article received on: 2014.1.20

Article accepted on: 2015.7.23

ABSTRACT

Background and Aim: This study aimed to investigate the relationship of expressed emotion, codependency and coping styles for stress and the symptoms of obsessive-compulsive patients.

Material and Methods: This study included 40 patients suffered from obsessive-compulsive, which were referred to Imam Hossein hospital and several health clinics. The scale of maternal expressed emotion was assessed by Cole and Kazarian Level of Expressed Emotion Scale and Holyoake Codependency Index and Parker and Andler Coping Inventory for Stressful Situation questionnaire.

Results: Among the components of expressed emotion, subscale of disturbance and intervention $P=0/013$, emotional responses $P=0/002$ and a negative attitude towards the disease $P=0/023$ and total score expressed emotion by $P=0/002$ in relatives of patients showed a significant relationship with severity of obsession. All subscales of self-devotion $P=0/041$, external focus $P=0/047$, and the reaction $P=0/039$ and the total score " $P=0/038$ " showed the same relationship with the obsession severity. Among coping styles, focused coping styles $P=0/017$ and the severity of the obsession showed a significant relationship.

Conclusion: Family expressed emotion, codependency and emotional coping style are related with the symptoms of obsessive-compulsive patients.

Keywords: Expressed Emotion, Codependency, Coping Styles with Stress, Obsessive-Compulsive

Cite this article as: Fahime Rahgozar, Ali Reza Zahiredin, Sepideh Rajezi Esfahani, Simasadat Noorbakhsh, Mojgan Mohhammadzadeh. The relationship of expressed emotion, codependency, coping styles for family stress and the symptoms of obsessive-compulsive patients. J Rehab Med. 2015; 4(3): 138-146.

رابطه هیجان ابرازشده، هم وابستگی و سبک‌های مقابله با استرس خانواده و میزان شدت علائم وسواس - اجبار بیماران

فهیمة رهگذر^۱، علیرضا ظهیرالدین^۲، سپیده راجزی اصفهانی^{۳*}، سیماسادات نوربخش^۴، مژگان محمدزاده^۵

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، ایران.
۲. روان‌پزشک، استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، ایران.
۳. دکتری روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، ایران.
۵. کارشناس پژوهشی، دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، ایران.

چکیده

مقدمه و اهداف

پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه هیجان ابرازشده، هم‌وابستگی و سبک‌های مقابله با استرس خانواده و میزان شدت علائم وسواس - اجبار بیماران انجام شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع همبستگی است در این پژوهش ۴۰ بیمار مبتلا به وسواس - اجبار که به بیمارستان امام حسین و یک کلینیک درمانی سرپایی کرده بودند با روش دردسترس انتخاب شدند. میزان هیجان ابرازشده خانواده با تکمیل مقیاس سطح هیجان ابرازشده کول و کازاریان توسط بیمار و مقیاس هم‌وابستگی هالیوک و سبک‌های مقابله با استرس پارکلی و اندرلر با تکمیل پرسشنامه توسط همراه بیمار مشخص شدند. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 16 و آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی استفاده شد.

یافته‌ها

از میان مؤلفه‌های هیجان ابرازشده، خرده‌مقیاس‌های مزاحمت و مداخله‌گری " $P=0/013$ "، پاسخ هیجانی " $P=0/02$ " و نگرش منفی نسبت به بیماری " $P=0/023$ " و نمره کل هیجان ابرازشده " $P=0/02$ " در اعضای خانواده رابطه معناداری با شدت وسواس در بیماران نشان داد. تمام خرده‌مقیاس‌های از خودگذشتگی " $P=0/041$ "، تمرکز بیرونی " $P=0/047$ " و واکنشی بودن " $P=0/039$ " و نمره کل هم‌وابستگی " $P=0/038$ " در اعضای خانواده رابطه معناداری با شدت وسواس در بیماران نشان داد. در میان سبک‌های مقابله با استرس، سبک مقابله هیجان مدار " $P=0/017$ "، در اعضای خانواده رابطه معناداری با شدت وسواس در بیماران نشان داد.

نتیجه‌گیری

هیجان ابرازشده، هم‌وابستگی و سبک‌های مقابله هیجان مدار خانواده با میزان شدت علائم وسواس - اجبار بیماران رابطه دارد.

واژه‌های کلیدی

هیجان ابرازشده، هم‌وابستگی، سبک‌های مقابله با استرس، وسواس - اجبار

پذیرش مقاله ۱۳۹۴/۵/۱ *

* دریافت مقاله ۱۳۹۳/۱۰/۳۰

نویسنده مسئول: سپیده راجزی اصفهانی. تهران، خیابان شهید دنی، بیمارستان امام حسین(ع)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

تلفن: ۷۷۵۵۳۰۷۴

پست الکترونیکی: S.rajezi@sbmu.ac.ir

مقدمه و اهداف

اختلال وسواس-اجبار^{۷۲}، اختلال مزمن و ناتوان کننده‌ای است؛ که شیوع آن ۲ تا ۳ درصد می‌باشد و چهارمین اختلال روانپزشکی پس از فوبیا، اختلال مرتبط با مواد و افسردگی اساسی به شمار می‌رود^[۱]. OCD شامل افکار، تصاویر، تکانها و اعمال اجباری تکرارشونده است^[۲] که در اغلب موارد تبدیل به اختلال مزمن و ناتوان کننده‌ای برای افراد می‌گردد^[۳].

مطالعات سبب‌شناسی حاکی از آن است که OCD بیشتر جنبه ژنتیکی و خانوادگی داشته و اعضای درجه‌یک خانواده بیشتر در معرض ابتلا به آن قرار دارند^[۴]. احتمال بروز این اختلال در بستگان افراد مبتلا ۳ تا ۵ برابر بیشتر از خانواده‌های عادی بوده و همگامی دوقلوهای تک تخمکی بیشتر از دوقلوهای دو تخمکی است^[۱] و اغلب این بیماران در دوران رشد با والدینی که دارای برخی اشکال وسواس، اضطراب با افسردگی بوده زندگی کرده‌اند^[۵].

علاوه بر فاکتورهای ژنتیکی^[۶] شواهد بسیاری به نقش خانواده در ایجاد و پایداری نشانه‌های (O-C) اشاره دارند^[۷]. پاسخ‌های رفتاری و عاطفی خانواده به علائم وسواس بیمار، در شدت این اختلال مؤثر است^[۸]. نشانه‌های اختلال اغلب در محیط خانه رخ داده و این امر منجر به آسیب در وضعیت زندگی می‌شود^[۹]. از جمله عوامل مؤثر در پایداری علائم می‌توان به هیجان ابراز شده^[۱۰-۱۱]، هم‌وابستگی^[۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵] و سبک‌های مقابله با استرس^[۱۶، ۱۷] خانواده در ایجاد و پایداری OCD اشاره کرد.

هیجان ابراز شده، شامل نگرش انتقادی^[۱۶]، خصومت^[۱۷] و درگیری مفرط هیجانی^[۱۸] است که در ارتباط با یکی از اعضای خانواده که دارای بیماری صعب‌العلاجی است، ابراز می‌شود^[۱۸]. از نظر خانواده بیماران مبتلا به OCD، علائم بیماری و تشریفات بیمار ناشی از ویژگی‌های شخصی فرد و قابل تغییر است و این امر منجر به افزایش EE در خانواده بیماران می‌گردد^[۸-۱۹].

ادراکات بیماران در مورد انتقاد بستگان نسبت به آن‌ها، در سودمندی درمان نقش دارد. برخی ابعاد این ادراک بازتاب نگرش‌های منفی بیمار است. شواهد بالینی بسیاری نشان می‌دهند آموزش مهارت‌های حل مسئله در بیماران و بستگان آن‌ها در حل برخی از نشانه‌ها مفید است^[۱۰].

انتقادهای خانواده در تشدید نشانه‌ها^[۸]، کاهش سودمندی درمان^[۱۰، ۱۱]، و عودهای مکرر^[۲۰، ۲۱] بیمار نقش دارد. مطالعات نشان می‌دهند که افزایش سطح تحصیلات خانواده می‌تواند منجر به آگاهی خانواده از علائم بیماری و کاهش میزان EE گردد^[۲۲]. ویژگی‌های شخصیتی افراد دارای هیجان ابراز شده پایین شامل انعطاف‌پذیری و تحمل بالاست. این افراد سطح بالایی از همدلی را در مقابل وابستگی از خود نشان می‌دهند^[۱۸]. این خانواده‌ها نیز ممکن است گاهی انتقادهایی در مورد بیماری و رفتار فرد داشته باشند ولی همیشه نیست^[۲۲].

سبک‌های مقابله با استرس تلاش‌های شناختی و رفتاری است که افراد در برخورد با فشارها، ناکامی‌ها، نومی‌ها و شکست‌ها به کار می‌برند و شامل مقابله‌های هیجان‌مدار، مسئله‌مدار و اجتنابی می‌باشد^[۲۳]. مزمن بودن اختلال وسواس و طبیعت غیرقابل پیش‌بینی کاهش علائم و عدم توانایی کنترل خانواده در طول مدت بیماری باعث افزایش استرس در میان اعضای خانواده بیماران وسواس است^[۱۷] اعضای خانواده بیماران OCD، از طریق شرکت در تشریفات وسواسی بیمار و درگیری با علائم^[۸-۱۰، ۱۹-۲۴]، پنهان کردن و نادیده گرفتن بیماری^[۱۹] و اجتناب‌های شناختی و رفتاری^[۲۶]، با استرس‌ها و نگرانی‌های ناشی از بیماری مقابله می‌کنند. پیشینه پژوهشی سبک‌های مقابله با استرس نشانگر آن است که افزایش میزان امیدواری و حمایت از خانواده بیماران OCD منجر به کاهش علائم بیمار می‌گردد^[۱۷].

علاوه بر EE و سبک‌های مقابله با استرس، هم‌وابستگی والدین نیز در پایداری نشانه‌ها مؤثر است. وجود استرس در خانواده‌ها باعث شکل‌گیری هم‌وابستگی در بین اعضاء می‌گردد^[۲۷] به عقیده Whitfield^[۲۴] هم‌وابستگی بستر مناسبی جهت ایجاد اختلال وسواس-اجبار است. پژوهش‌های کوپر^[۲۳] نشان می‌دهند که خانواده‌های بیماران مبتلا به وسواس به قیمت قربانی نمودن رفاه، آسایش، ارزش‌های فردی به همکاری در تشریفات فرد وسواسی روی می‌آورند و موجب تسهیل این رفتارها می‌شوند و به‌طور آشکار یا پنهان به مشارکت در رفتارهای وسواسی فرد بیمار روی می‌آورند.

با توجه به این که خانواده بیماران مبتلا به وسواس-اجبار، بیشتر از دیگر اختلالات روانی درگیر علائم بیمار می‌شوند^[۸، ۹، ۱۱-۱۳، ۲۸] و مطالعات محدودی به بررسی عوامل مؤثر خانوادگی بر پایداری علائم OCD در ایران انجام شده است و نیاز به درک بهتر نقش فاکتورهای مؤثر در

⁷² Obsessive Compulsive Disorder

⁷³ Expressed Emotion

⁷⁴ Codependency

⁷⁵ Coping Styles with Stress

⁷⁶ Critical attitude

⁷⁷ Hostility

⁷⁸ Emotional over involvement (EOI)

جهت برنامه ریزی بازتوانی این خانواده ها، هدف از این مطالعه بررسی تأثیر هیجان ابرازشده، هم‌وابستگی و سبک‌های مقابله با استرس خانواده در میزان شدت علائم وسواس-اجبار می‌باشد.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری عبارت است از کلیه بیماران مبتلا به وسواس-اجبار و خانواده‌های آن‌ها در شهر تهران (ایران) که جهت درمان به بیمارستان امام حسین (ع) و یک کلینیک سرپایی مراجعه کرده یا ارجاع داده شده بودند. در این راستا ۴۰ نفر مبتلا به وسواس-اجبار و ۴۰ نفر از همراهان آن‌ها به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مبتلایان به وسواس-اجبار بر پایه مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I) و نمرات بالای ۹ در پرسشنامه Y-BOCS به منظور داشتن ملاک‌های وسواس-اجبار انتخاب شدند. معیارهای خروج شامل ابتلا به اختلال دوقطبی، روان‌پریشی، وابستگی به مواد، افسردگی اساسی و اختلال‌های نورولوژیک که منجر به علائم OCD می‌شود و بر پایه ارزیابی روانپزشک می‌باشد. پرسشنامه هیجان ابراز شده توسط بیمار و پرسشنامه هم‌وابستگی و سبک‌های مقابله با استرس توسط همراه بیمار تکمیل گردید. اجرای پرسشنامه بعد از تأیید کمیته اخلاق مرکز پژوهشی و علوم رفتاری دانشگاه شهید بهشتی در بهمن ۱۳۹۲ با کد مقاله ۱-۱۱۰۰، از اسفند ۱۳۹۲ تا آبان ۱۳۹۳ انجام شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 16 و آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی استفاده شد.

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

(۱) مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در (SCID-I) DSM-IV Structured Clinical Interview for (SCID-I) DSM-IV (DSM-IV)

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در (SCID-I) DSM-IV که توسط فرست و همکاران^[۳۹] ساخته شده است، یک مصاحبه نیمه ساختاریافته است که امکان تشخیص بر پایه DSM-IV^[۳۰] را فراهم می‌آورد. توافق تشخیصی نسخه فارسی SCID-I بالای ۰/۶، توافق کلی برای تمامی تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ گزارش شده است^[۳۱].

(۲) مقیاس وسواس-اجبار ییل-براون (Y-BOCS)

توسط Goodman و همکاران^[۳۲] تدوین شده است. یک مصاحبه نیمه ساختاریافته است که شامل چک‌لیست نشانه‌ها (Symptom Checklist (SC) و مقیاس شدت ((SS) Scale Severity)) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ در نسخه اصلی این پرسشنامه، ۰/۸۹ می‌باشد^[۳۲]. در پژوهشی که توسط راجزی و همکاران^[۳۳] انجام شده بود، ضریب آلفای کرونباخ برای چک‌لیست نشانه‌ها و مقیاس شدت به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵ به دست آمد. در این پژوهش از مقیاس شدت (SS)، در گروه وسواس-اجبار، به منظور تشخیص ملاک‌های این اختلال استفاده شد.

(۳) پرسشنامه سبک‌های مقابله با شرایط پراسترس (CISS)

پرسشنامه سبک‌های مقابله با شرایط پراسترس توسط پارکلر و اندلر^[۳۳] ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴۸ سؤال و سه مقیاس هیجان‌مدار، مسئله‌مدار و اجتناب‌مدار است. ضریب آلفای کرونباخ سه زیر مقیاس اصلی پرسشنامه بالای ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی این آزمون از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای مهارت‌های سه‌گانه بدین ترتیب است: در راهبرد مسئله محور برای دختران ۰/۹۰ و برای پسران ۰/۹۲، راهبرد هیجان محور برای دختران ۰/۸۵ و برای پسران ۰/۸۲ و در راهبرد اجتنابی برای دختران ۰/۸۲ و برای پسران ۰/۸۵^[۳۳]. در ایران نیز شکری و همکاران^[۳۴] ضریب آلفای مقابله مسئله‌مدار را ۰/۷۵، زیر مقیاس مقابله هیجان‌مدار را ۰/۸۲ و زیر مقیاس اجتنابی را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند.

(۴) مقیاس هیجان ابرازشده (LEE)

مقیاس هیجان ابرازشده ساخته کازاریان^[۳۵] دارای ۶۰ سؤال است. در این آزمون چهار خرده مقیاس، نگرش منفی نسبت به بیماری، تحمل / انتظار، مزاحمت و مداخله‌گری و پاسخ هیجانی وجود دارد. ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس مزاحمت یا مداخله‌گری ۰/۶۶۷، پاسخ هیجانی ۰/۸۹، نگرش منفی نسبت به بیماری ۰/۸۴، تحمل و انتظار ۰/۷۸ و در کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش شده است. پایایی آن در ایران توسط دهقانی^[۱۸] شامل ضریب آلفای ۹۳ درصد بوده است.

(۵) پرسشنامه هم‌وابستگی (HCI) Halikot

پرسشنامه هم‌وابستگی هالیکوت، توسط دیر [۳۶] ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۳ سؤال و ۳ خرده‌مقیاس از خودگذشتگی، تمرکز بیرونی و واکنشی بودن است که در مقیاس Likert ۵ گزینه‌ای با گزینه‌های، کاملاً مخالف با نمره ۱ تا کاملاً موافق با نمره ۵، بدان پاسخ داده می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۳ تا ۶۵ است. نمرات بین ۲۶-۱۳ نشانه هم‌وابستگی کم، ۳۹-۲۷ نشانه هم‌وابستگی متوسط و ۶۵-۴۰ نشانه هم‌وابستگی شدید می‌باشد. پایایی باز آزمایی خرده‌مقیاس از خودگذشتگی ۰/۷۶، تمرکز بیرونی ۰/۷۹، واکنشی بودن ۰/۸۲ و برای کل مقیاس پایایی ۰/۸۸ گزارش شده است. پایایی آن در ایران، توسط سعدی [۳۷] با استفاده از روش بازآزمایی درونی و ضریب همبستگی ۰/۶۸ گزارش شده است.

یافته‌ها

۲۲/۵ درصد از آزمودنی‌های مبتلا به وسواس مرد و ۷۷/۵ درصد آنها زن بودند. ۱۷/۵ درصد افراد زیر دیپلم، ۴۰ درصد دیپلم، ۲/۵ درصد فوق‌دیپلم، ۲۷/۵ درصد لیسانس و ۱۲/۵ درصد فوق‌لیسانس بودند. ۲/۵ درصد از افراد همراه در گروه وسواس در محدوده سنی ۱۵-۲۰، ۲۰-۳۵، ۲۶-۳۵، ۲۲/۵ درصد ۳۶-۴۵، ۳۰ درصد ۴۶-۵۵ و ۳۵ درصد ۵۶ سال به بالا بوده و میزان تحصیلات ۲۵ درصد افراد همراه زیر دیپلم، ۱۰ درصد دیپلم، ۲۷ درصد فوق‌دیپلم، ۱۰ درصد لیسانس و ۲/۵ درصد فوق‌لیسانس بودند.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های هیجان ابرازشده، هم‌وابستگی و سبک‌های مقابله با استرس در همراهان بیماران ($n=40$)

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
مزاحمت یا مداخله‌گری	۴۰	۳۳/۷۲	۶/۳۹
پاسخ هیجانی	۴۰	۳۴/۸۷	۶/۱۴
نگرش منفی نسبت به بیماری	۴۰	۳۲/۸	۴/۷۱
تحمل/انتظار	۴۰	۳۰/۴۷	۴/۰۱
از خودگذشتگی	۴۰	۲۰/۷	۷/۲۳
تمرکز بیرونی	۴۰	۱۶/۷۲	۱۱/۴۱
واکنشی بودن	۴۰	۱۵/۵۷	۱۳/۴۱
مسئله مدار	۴۰	۳۶/۴۰	۱۱/۹۷
هیجان مدار	۴۰	۵۴	۱۱/۳۱
اجتناب مدار	۴۰	۴۰/۲۵	۹/۲۶

با توجه به جدول ۱، در مورد مؤلفه هیجان ابرازشده، بالاترین میانگین مربوط به مقیاس پاسخ هیجانی است. در مورد مؤلفه هم‌وابستگی، بالاترین میانگین مربوط به مقیاس از خودگذشتگی و در مورد مؤلفه سبک‌های مقابله با استرس، بالاترین میانگین مربوط به مقیاس هیجان مدار می‌باشد.

جدول ۲: مدل رگرسیون خطی مؤلفه‌های هیجان ابرازشده همراهان با شدت ییل براون بیماران ($n=40$)

متغیرها	B	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	خطای معیار	Beta	t	sig
مزاحمت یا مداخله‌گری	۰/۴۱۷	۰/۳۹۴	۰/۱۳۰	۰/۱۶۰	۰/۳۹۰	۲/۶۱۴	۰/۰۱۳
پاسخ هیجانی	۰/۴۰۷	۰/۳۶۶	۰/۱۱۱	۰/۱۶۸	۰/۳۶۶	۲/۴۲۵	۰/۰۲۰
نگرش منفی به بیماری	۰/۵۲۰	۰/۳۵۹	۰/۱۰۶	۰/۲۱۹	۰/۵۲۰	۲/۳۷۳	۰/۰۲۳
تحمل/انتظار	۰/۰۹۰	۰/۰۵۳	۰/۰۰۳	۰/۲۷۵	۰/۰۵۳	۰/۳۲۶	۰/۷۴۶
نمره کل	۰/۱۶۰	۰/۳۶۷	۰/۱۱۲	۰/۰۶۶	۰/۳۶۷	۴/۴۳۲	۰/۰۲۰

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که از میان مؤلفه‌های هیجان ابرازشده، خرده مقیاس‌های مزاحمت و مداخله‌گری $P=0/013$ ، پاسخ هیجانی $P=0/02$ ، نگرش منفی نسبت به بیماری $P=0/023$ و نمره کل هیجان ابرازشده $P=0/02$ در همراهان، پیش‌بینی کننده شدت وسواس در بیماران می‌باشد.

جدول ۳: مدل رگرسیون خطی مؤلفه‌های هم‌وابستگی همراهان با شدت ییل براون بیماران ($n=40$)

متغیرها	B	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	خطای معیار	Beta	t	sig
از خودگذشتگی	0/307	0/325	0/082	0/145	0/325	2/120	0/041
تمرکز بیرونی	0/189	0/316	0/076	0/092	0/316	2/050	0/047
واکنشی بودن	0/167	0/328	0/084	0/078	0/328	2/141	0/039
نمره کل	0/071	0/329	0/084	0/027	0/329	2/145	0/028

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد، تمام خرده مقیاس‌های از خودگذشتگی $P=0/041$ ، تمرکز بیرونی $P=0/047$ و واکنشی بودن $P=0/039$ و نمره کل هم‌وابستگی $P=0/028$ در همراهان، شدت وسواس بیماران را پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۴: مدل رگرسیون خطی مؤلفه‌های سبک‌های مقابله با استرس همراهان با شدت ییل براون بیماران ($n=40$)

متغیرها	B	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	خطای معیار	Beta	t	sig
مسئله مدار	-0/002	-0/003	0/000	0/098	-0/003	-0/018	0/985
هیجان مدار	0/214	0/375	0/118	0/086	0/375	2/497	0/017
اجتناب مدار	-0/010	0/013	0/000	0/120	-0/013	-0/080	0/937

نتایج حاصل از جدول ۴ نشان می‌دهد که در میان سبک‌های مقابله با استرس، سبک هیجان مدار در همراهان شدت وسواس بیماران را پیش‌بینی می‌کند $P=0/017$.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که از میان مؤلفه‌های هیجان ابراز شده، خرده مقیاس‌های مزاحمت و مداخله‌گری، پاسخ هیجانی و نگرش منفی نسبت به بیماری در همراهان، پیش‌بینی کننده شدت وسواس در بیماران می‌باشد. این یافته‌ها با سایر نتایج مطالعات Renshaw و همکاران^[۱۰]، Van Noppen^[۸]، Steketee^[۱۱]، Peris و همکاران^[۱۲] و Stengler و همکاران^[۱۹] هم‌راستا می‌باشد. در تبیین نتایج بدست‌آمده از این فرضیه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که همراهان بیماران وسواس بیشتر از دیگر همراهان درگیر علائم بیمار شده و آسیب بیشتری را متحمل می‌شوند. علائم بیماری اغلب درون خانه روی می‌دهد و تمامی اعضاء به‌نوعی درگیر می‌شوند. از طرفی عدم رعایت و همکاری در زمینه تشریفات وسواس بیمار باعث برخورد بیمار با اعضاء می‌گردد. آگاهی خانواده از ماهیت بیماری و نشانه‌ها و عوارض جانبی داروها باعث کاهش هیجانات منفی و کاهش فشار بر تغییر رفتار بیمار می‌شود^[۱۲].

در پژوهشی که توسط Peris و همکاران اجرا شد، ۵۵ درصد از مادران در این نمونه دارای هیجان ابرازشده بالا بودند. هیجان ابرازشده بالا به‌طورقطع یک پیش‌بینی کننده معنی‌دار نتایج ضعیف درمان است. در گزارش دیگری Van Noppen^[۱۱]، نشان دادند که بیمارانی که اعضاء خانواده انتقادهای خصمانه دارند، احتمال دارد علائم وسواس شدیدتری داشته باشند. عملکرد ضعیف اجتماعی و خانوادگی و همچنین، خشم، انتقاد، باورهای بستگان مبنی بر تمارض بیمار مبتلا به وسواس فکری و عملی سودمندی کمتری را در پیگیری بعدی پیش‌بینی نموده و در مقابل احساس‌های مثبت اعضاء خانواده، بهبود بیشتری را نشان می‌دهد^[۱۱]. هیجان ابرازشده بالا می‌تواند زمینه استرس همراه را بیشتر کرده و واکنش‌های آن‌ها باعث عودهای مکرر در اختلال گردد. از طرفی طولانی بودن دوره درمان این اختلال و شدت علائم باعث می‌شود همراه واکنش‌های انتقادی و خصمانه بیشتری را نشان دهند که این عامل نیز باعث فشار بیشتر بر بیمار می‌گردد.

از طرفی نتایج نشان می‌دهند که تمام خرده مقیاس‌های مؤلفه هم‌وابستگی در همراهان، شدت و سواس بیماران را پیش‌بینی می‌کند. نتیجه به‌دست‌آمده همسو با مطالعات Cooper^[۱۳] و Fuler^[۲۷] است که نشان می‌دهند هم‌وابستگی در همراهان دارای اختلال و سواس منجر به افزایش شدت بیماری می‌گردد. هیجان ابراز شده بالا و درگیری مفرط اعضای خانواده با فرد بیمار و استرس‌های مزمن در خانواده شرایط را برای ایجاد روابط عاطفی در هم‌تیده در بین افراد خانواده و فرد بیمار فراهم می‌کند. افراد خانواده برای مقابله با شرایط و کسب امنیت از دست‌رفته دچار هم‌وابستگی با فرد بیمار می‌شوند. وجود استرس در خانواده‌ها باعث شکل‌گیری هم‌وابستگی در بین اعضاء می‌گردد^[۲۷].

خانواده‌های بیماران مبتلا به و سواس به قیمت قربانی نمودن رفاه، آسایش، ارزش‌های فردی به همکاری در تشریفات فرد و سواسی روی می‌آورند و موجب تسهیل در این رفتارها می‌شوند. علی‌رغم دشواری‌های زیادی که رفتارهای و سواسی بیماران بر آن‌ها وارد می‌کنند همچنان به این همکاری ادامه می‌دهند و به‌طور آشکار یا پنهان به مشارکت در رفتارهای و سواسی فرد بیمار روی می‌آورند^[۱۳]. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که حضور بیمار مبتلا به اختلالات روان‌شناختی از جمله و سواس برای خانواده، خصوصاً فردی که بیشترین تعامل را با بیمار دارد، مانند مادر یا همسر بیمار، به‌شدت استرس‌زا می‌باشد. همراهان به دو صورت به فشار تحمیل شده واکنش نشان می‌دهد، درونی و بیرونی. هیجان ابراز شده به‌صورت خصمانه و انتقادی نوعی واکنش بیرونی به استرس موجود است و از طرفی درگیری مفرط هیجانی به‌عنوان مؤلفه هیجان ابراز شده و هم‌وابستگی همراهان کنش درونی به شرایط موجود می‌باشد.

در میان سبک‌های مقابله با استرس، سبک هیجان‌مدار در همراهان، شدت و سواس بیماران را پیش‌بینی می‌کند. همان‌طور که Lachlan و همکاران^[۲۸]، Raune و همکاران^[۳۹]، و Pietras و همکاران^[۴۰] معتقدند، در شرایط پراسترس مقابله هیجان‌مدار و اجتنابی در افراد بیشتر است. مقابله هیجان‌مدار، شامل کلیه فعالیت‌ها یا افکاری می‌شود که فرد به‌منظور کنترل و بهبود احساسات نامطلوب ناشی از شرایط فشارزا به کار می‌گیرد. والدین بیماران و سواس و اختلالات اضطرابی به‌طور معناداری مشکلات سلامت روان بیشتری نسبت به والدین گروه نرمال نشان می‌دهند. والدین گروه‌های بالینی بیشتر از والدین گروه نرمال از استراتژی‌های مقابله مانند اجتناب‌های شناختی و رفتاری، استفاده می‌کنند^[۲۶]. خانواده بیماران مبتلا به و سواس از طریق کمک به انجام تشریفات و مخالفت با علائم و حمایت از بیماران در برخورد با بیماری در جهت مقابله با شرایط استرس‌زا تلاش می‌کنند. خانواده بسیاری از علائم بیماری و تشریفات عملی بیمار را ناشی از ویژگی‌های شخصی و قابل‌تغییر می‌دانند و این برداشت منجر به واکنش‌های هیجانی و انتقادی نسبت به بیمار می‌گردد^[۱۹]. این نوع واکنش منجر به اختلاف نظر در بین اعضای خانواده در مورد چگونگی پاسخدهی به بیمار می‌شود. این نوع تعامل در این خانواده‌ها منجر به استرس و نگرانی می‌گردد. بر این اساس، درمان‌های زناشویی و خانواده‌درمانی به‌عنوان درمان‌های مکمل به‌خصوص در شرایطی که بیمار از مسائل جدی ارتباطی یا وجود تعارض‌ها در خانواده رنج می‌برد، اثر خوبی در بالا بردن میزان پیشرفت درمان، بازتوانی خانواده‌ها و جلوگیری از عود در بیماران دارد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر استخراج شده از طرح تحقیقاتی با همین عنوان در مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. بدین‌وسیله از تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رسانند تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Kaplan H, Sadock V, Synopsis of psychiatry behavioral sciences. 2 ed. Tehran: Arjmand; 2007. P.182-183. [In Persian]
2. Steketee G, Frost R, Boqart K. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: interview versus self report. Behavior Research and Therapy 1996; 34: 675-684.
3. Rufer M, Fricke S, Karow A. Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. Comprehensive Psychiatry 2005; 46(6):453-9.
4. Chamberlain R, Blackwell D, Fineberg A, Robbins W, Sahakian J. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioral inhibition as candidate endophenotypic markers. Journal of Neuroscience and Bio behavioral Reviews 2005; 29:399-419.
5. Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. Journal of Anxiety Disorder 2000; 14: 209-217.
6. Van Grootheest DS, Bartels M, Cath DC, Beekman AT, Hudziak J J, Boomsma DI. Genetic and environmental contributions underlying stability in childhood obsessive-compulsive behavior. Biology Psychiatry 2007; 61: 308-315.
7. Renshaw KD, Steketee G, Chambless DL. Involving family members in the treatment of OCD. Cogn Behav Ther 2005; 34: 164-175.

8. Van Noppen B, &Steketee G. Family responses and multi-family behavioral treatment (MFBT) for obsessive compulsive disorder. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2003; 3: 231-247.
9. Albert U, Bogetto F, Maina G, Saracco P, Brunatto C, Mataix D. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Journal of Psychiatry Research* 2010;179:204-211.
10. Renshaw KD, Chambless DL, Steketee G. Perceived criticism predicts severity of anxiety symptoms after behavioral treatment in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Clin Psychol* 2003;59: 411-421.
11. Van Noppen B,Steketee G. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behavior Research and Therapy* 2009; 47: 18-25.
12. Peris ST, Yadegar M,Asarnow R, Piacentini J. Pediatric obsessive compulsive disorder: Family climate as a predictor of treatment outcome. *Consult Clin Psychol* 2012;80: 255-263.
13. Cooper M. Applying the Codependency Model to a Group for Families of Obsessive-Compulsive People. *Journal of Health Social Work* 1995;20:272-284.
14. Whitfield CL. Codependence: our most common addition some physical, mental, emotional and spiritual perspectives. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1989; 6: 19-36.
15. Lopez S R, Hipke K N, Polo A J, Jenkins J H, Karno M, Vaughn C, Snyder K S. Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: Family warmth matters. *Abnormal Psychology* 2004;113:428-439.
16. Emmelkamp G, Kloek J, Blaauw E. obsessive compulsive disorders. *Principles and practice of Relapse Prevention*. New York: Guilford Press:1992. p. 213-234.
17. Geffken G, Storch E, DukeD, Monaco L, Lewin A, Goodman W. Hope and coping in family members of patients with obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*2006;20:614-629.
18. Dehghani Sh. Expressed Emotion and Sexuality. *Fundamentals of Mental Health* 2003;6(19):84-91. [In Persian]
19. Stengler W K, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer M C. Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of Psychiatric Nursing* 2004; 18(3): 88-96.
20. Hooly J M, Parker H A. Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts. *Family Psychology* 2006;20: 368-396.
21. Cechnickia A, Bielańska A, kiewicz H, Daren A. The predictive validity of Expressed Emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. *Journal of Psychiatric Research* 2013;2:208-214.
22. Wendel J S, Miklowitz D J, Richards J A, George E L. Expressed emotion and attributions in the relatives of bipolar patients: An analysis of problem-solving interactions. *Abnormal Psychology* 2000; 109: 792-796.
23. Endler N, Parker J. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Pers Soc Psychol* 1990;54: 466-475.
24. Stengler W K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2006; 47(6): 523-527.
25. Gururaj GP, Bada Math S, Reddy JYC, Chandrashekar CR. Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: An Indian perspective. *Department of Psychiatry, National Institute of Mental Health and Neuro Sciences India, Bangalore* 2008; 54(2): 91-97.
26. Derisley J, Libby S, Clark S, Reynolds SH. Mental health, coping and family-functioning in parents of young people with obsessive-compulsive disorder and with anxiety disorders. *Clinical Psychology* 2005; 44(3): 439-444.
27. Fuller J, Warner R. Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 2000;126: 5-22.
28. Peris T S, Bergman R L, Langley A, Chang S, McCracken J T, Piacentini J. Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008;47: 1173-1181.
29. First M B, Gibbon M, Spitzer R L, Williams J BW, Benjamin L. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)*. Washington DC: American Psychiatric Association1997.
30. American Psychiatric Association (APA) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
31. Sharifi v, Asaadi M, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, Shabani A, Shahrivar Z, Davari-Ashtiani R, Hakim Shushtari M, Sadeqi A, Jalili Roodsari M. Reliability and functionality of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV. *Adv cog sci*. 2004; 6(1,2): 10-22. [in Persian]
32. Goodman W K, Price L H, Rasmussen S A. The Yale-Brown Obsessive-compulsive scale (Y-BOCS), part I: Development, use and reliability. *Journal of Archives of General Psychiatry*1989; 46: 1006-1011.

33. Rajezi E S, Motaghi pour Y, Kamkari K, Zahirodin A, Jan bozorgi A. Persian version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale reliability and validity. *Psychiatry and Psychology* 2011;4:297-303. [In Persian]
34. Shokri O, Moradi A, Valiolah F, Sangari A, Ghanaee Z, Rezaee A. The role of personality traits and coping styles in mental health: causal models. *Journal of Cognitive Science News* 2004;1:28-38. [In Persian]
35. Kazarian Sh, Cole j d, The level of expressed emotion scale, A new measure of express emotion. *Clinical Psychology* 1988;44:392-397.
36. Dear E. Test retest reliability of the Holyoake Codependency Index Australian Students. *Psychological Reports* 2000; 94:482-484.
37. Sadi M. Examined the effects of living with dependent spouses, on obsessive-compulsive disorder. [Master Thesis]. Ghazvin: Faculty of Humanities Imam Khomeini International University of Qazvin;2006. [In Persian]
38. Lachlan A, Brian JC, Murray W E. Inventory for Stressful Situations in a Clinically Depressed Sample: Factor Structure, Personality Correlates, and Prediction of Distress. *Clinical Psychology* 2003; 59(4): 423-437.
39. Raune D, Kuipers E, Bebbington P. Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *Psychiatry* 2004; 184: 321-326.
40. Pietras T, Witusik A, Panek M, Szemraj J, Górski P. Anxiety, depression and methods of stress coping in patients with nicotine dependence syndrome. *Med Sci Monit* 2011; 17: 272-276.