

پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری (علمی- پژوهشی)

سال پنجم، شماره دوم، پیاپی (۹)، پاییز و زمستان ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۵

صص: ۸۷-۱۰۰

## مقایسه هیجان ابراز شده و سبک‌های مقابله با استرس در سه گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی و وابسته به مواد و همراهان و عادی

فهیمه رهگذر<sup>۱\*</sup>، ناهید اکرمی<sup>۲</sup>، حسینعلی مهربابی<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، اصفهان، ایران

fahime.147r@yahoo.com

۲- استادیار روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

n.akrami.@edu.ua.ac.ir

۳- استادیار روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

mehrabihosseini@yahoo.com

### چکیده

هدف این پژوهش، مقایسه هیجان ابراز شده و سبک‌های مقابله با استرس در سه گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی و وابستگی به مواد و همراهان عادی بود. بدین منظور، در قالب مطالعه از نوع علی - مقایسه‌ای، سه گروه ۴۰ نفری از بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی و خانواده آنان، بیماران وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی به همراه خانواده آنان به شیوه هدفمند و افراد عادی ساکن شهر تهران به شیوه تصادفی انتخاب و با استفاده از پرسشنامه هیجان ابراز شده کول و کازاریان و سبک‌های مقابله با استرس پارکر و اندلر ارزیابی شدند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد اگر چه بین گروه‌های پژوهشی در سبک‌های مقابله با استرس تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد؛ ولی در خرده مقیاس پاسخ هیجانی هیجان ابراز شده تفاوت بین گروه‌ها معنی‌دار بوده است ( $p < 0/05$ ). مقایسه زوجی میانگین‌های تعدیل‌شده نشان می‌دهد که پاسخ‌های هیجانی در گروه بیماران وسواس به طور معناداری بیشتر از گروه وابسته به مواد و کنترل است ( $p < 0/05$ ). در نتیجه، همراهان بیماران مبتلا به وسواس بیشتر از دیگر همراهان درگیر علائم بیمار شده، آسیب بیشتری را متحمل می‌شوند.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال وسواس فکری و عملی، اختلال وابسته به مواد، هیجان ابراز شده، سبک‌های مقابله با استرس.

## مقدمه

فرد وابسته به مواد علی‌رغم تجربه مشکلات متعدد ناشی از مصرف مواد، قادر به قطع مصرف نیست و به‌طور اجباری و وسواس‌گونه به مصرف آن ادامه می‌دهد (کاپلان، ۲۰۰۷).

اختلال وسواس و سوءمصرف مواد معمولاً به عنوان گونه‌های متمایز در طبقه‌بندی استاندارد اختلالات روانی قرار می‌گیرند. این تفاوت در طبقه‌بندی بالینی را می‌توان با یافته‌هایی از دیدگاه‌های عصب‌شناختی مقایسه کرد که نشان می‌دهند این دو اختلال ویژگی‌های مهمی؛ از جمله الگوهای مقاومی از رفتارهای ناسازگارانه اجباری دارند (مینر و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). از جمله این‌که مناطق مغزی مرتبط با این دو اختلال شامل دو ناحیه در کرتکس پیشانی (سینگولیت قدامی<sup>۷</sup> و کرتکس فرونتال چشمی<sup>۸</sup>) است که به رفتارهای اجبارگونه و اشکال در مقاومت در برابر رفتارهای ناسازگارانه منجر می‌شود (لوبمن و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴؛ فرید من و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰؛ گواد<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۱).

نتایج تحقیقات نشان داده است که افراد مبتلا به هر دو اختلال، در ایجاد ارتباط بین اطلاعاتی که دارند و رفتاری که انجام می‌دهند، دچار مشکل هستند. این موضوع بیانگر این است که داشتن اطلاعات در ارتباط با این‌که یک رفتار ناسازگارانه است، مانع از انجام دادن آن رفتار توسط شخص نمی‌شود (ویژگی برجسته‌ای که در افراد معتاد و افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی

آسیب روانی اصولاً یک مشکل درون‌فردی در یک عضو خانواده نیست؛ بلکه یک فرایند تعامل بین اعضای خانواده است (شارف<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). از جمله بیماری‌های مزمن روانی که امروزه افراد با آن دست به‌گریباند، اختلال وسواس فکری و عملی و وابستگی به مواد مخدر است. اختلال وسواس فکری و عملی (OCD)<sup>۲</sup>، افکار یا اعمال اجباری عودکننده‌ای هستند که اغلب موجب پریشانی شده، زندگی روزمره فرد را مختل می‌سازند (استکتی و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶).

بسیاری از این افراد، از غیرمنطقی بودن افکار و رفتارهای خود آگاه هستند؛ اما قادر به کنترل آن‌ها نیستند. افکار مزاحم و رفتارهای تکراری در بیماران وسواس فکری و عملی، علاوه بر این‌که کارکرد اجتماعی و شغلی بیمار را دچار اشکال می‌سازد، مصایبی را نیز بر خانواده تحمیل می‌کند (جینک و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸). میزان شیوع در طول زندگی ۲ تا ۳ درصد است (کاپلان، ۲۰۰۷).

وابستگی به مواد مخدر<sup>۵</sup> به مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیک، رفتاری و شناختی اطلاق می‌شود که در مجموع نشان‌دهنده تداوم مصرف داروهای شبه افیونی با وجود مشکلات شدید ناشی از مصرف آنهاست. ویژگی اصلی هر یک از این تعاریف مختصر، تأکید بر رفتار مصرف دارو، ماهیت غیرانطباقی آن و نحوه تغییر رفتار آزادی به رفتاری اجباری و در نتیجه، تأثیر دارو در طول زمان است.

<sup>6</sup> Meunier et al

<sup>7</sup> anterior cingulate

<sup>8</sup> orbitofrontal cortices

<sup>9</sup> Lubman et al

<sup>10</sup> Friedman et al

<sup>11</sup> Gawad

<sup>1</sup> Sharf

<sup>2</sup> obsessive compulsive disorder

<sup>3</sup> Steketee et al

<sup>4</sup> Jenik et al

<sup>5</sup> Opiate dependence

خانواده بیماران مصرف‌کننده الکل، هیجان ابراز شده خانواده به عنوان عامل محیطی در افزایش عود اختلال مؤثر است ( فیچتر و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴؛ فارل و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۸). هیجان ابراز شده بالا به‌طور قطع یک پیش‌بینی کننده معنی‌دار از نتایج ضعیف درمان در اختلال وسواس فکری و عملی است (پریس و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲). پاسخ‌های رفتاری و عاطفی اعضای خانواده به نشانه‌های وسواس بیمار در شدت این اختلال مؤثر است (استکتی و همکاران<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۸؛ ون نوپن و استکتی<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۳).

اختلال وسواس فکری و عملی مسئولیت سنگینی را بر دوش اعضای خانواده بیمار می‌نهد، و باعث بروز رفتارهایی می‌شود که زمینه تسهیل نشانه‌های فرد مبتلا به وسواس را فراهم می‌سازد.

بررسی این خانواده‌ها نشان می‌دهد که خانواده خود را مقصر اختلال می‌داند و بیش از حد درگیر فرد بیمار می‌شود (لوپز و همکاران<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۴). ون نوپن و استکتی (۲۰۰۹)، نشان دادند بیمارانی که اعضای خانواده انتقادهای خصمانه دارند، احتمال دارد علائم وسواس شدیدتری داشته باشند. خانواده بیماران مبتلا به وسواس نسبت به دیگر بیماری‌های روانی، بیشتر درگیر علائم بیمار می‌شوند؛ به این علت که علائم اغلب در محیط خانه رخ می‌دهد و این امر به آسیب در وضعیت زندگی منجر می‌شود (آلبرتو و همکاران<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۰).

مشاهده می‌شود (جایرام<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). وجود رفتارهای اجبارگون در دو اختلال باعث شدت و عود بیماری می‌گردد. در کنار فاکتورهای زیستی، از جمله عوامل محیطی در شدت و عود اختلالات، می‌توان به نقش خانواده و میزان هیجان ابراز شده<sup>۲</sup> افراد در واکنش به بیمار، نوع سبک‌های مقابله با استرس<sup>۳</sup> در والدین یا همسر بیمار که بیشترین تعامل را با وی دارند، اشاره کرد.

هیجان ابراز شده جوّ هیجانی خانواده است، و شامل نگرش انتقادی<sup>۴</sup>، خصومت<sup>۵</sup> و درگیری مفرط هیجانی<sup>۶</sup>، می‌شود. این جو در غالب هیجان‌ها، نگرش‌ها و رفتارها تظاهر می‌یابد و این فضای هیجانی در ارتباط با یکی از اعضای خانواده که دارای بیماری صعب‌العلاجی است، ابراز می‌شود (دهقانی، ۱۳۸۲).

هیجان ابراز شده پیش‌بینی‌کننده معناداری برای نتایج درمان و میزان عود در بیماران با اختلال‌های گوناگون و اختلال‌های اضطرابی است (رنشو و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳؛ هال و دوکرتی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰؛ مک کارتی و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴؛ هولی و پارکر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶).

در اختلالات وابسته به مواد، درمان مورد نظر، پرهیز پایدار است. از این رو، شناسایی عوامل مؤثر در عود، موضوع مورد علاقه پژوهش‌هاست. به علت اثرهای غالب حالت‌های عاطفی منفی بر وقوع مصرف مجدد، و سطح بالایی از ناامیدی و خشم در

<sup>1</sup> Jairam

<sup>2</sup> Expressed Emotion

<sup>3</sup> Coping with Stress

<sup>4</sup> Critical attitude

<sup>5</sup> Hostility

<sup>6</sup> Emotional over involvement

<sup>7</sup> Renshaw et al

<sup>8</sup> Hall & Docherty

<sup>9</sup> Mc karty et al

<sup>10</sup> Hooly & Parker

<sup>11</sup> Fichter et al

<sup>12</sup> O'Farrell et al

<sup>13</sup> Peris et al

<sup>14</sup> Steketee et al

<sup>15</sup> Steketee & Van Noppen

<sup>16</sup> Lopez et al

<sup>17</sup> Alberto et al

اثر فشار ناشی از وابستگی به مواد بر خانواده، به سبک مقابله‌ای به کار رفته توسط خانواده برای مواجهه با مشکل بستگی دارد. سبک‌های مقابله‌ای تا حدی از طریق تعامل و ارتباط موجود در خانواده تعیین می‌شود (خدابخشی کولایی، ۱۳۸۶).

خانواده درگیر اعتماد به خصوص به حمایت اجتماعی نیاز دارند. برجسته‌ترین معضلات این خانواده‌ها، استرس‌های اجتماعی و اقتصادی، فقدان اطلاعات و حمایت‌های اجتماعی، مشکلات چگونگی مقابله و خطرهای بالای انتقال بیماری است (ارفورد و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). دسترسی به حمایت‌های مالی و اجتماعی و درمانی، از اجزای مهم فعال کردن مقابله با فشار ناشی از یک بیماری مزمن است (منلی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳).

رفتار مقابله‌ای خانواده در نوع روش درمانی که توسط عضو مصرف کننده انتخاب می‌شود، نقش دارد (بریزی و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷). هیجان ابراز شده، سبک‌های مقابله اجتنابی و رویدادهای زندگی به شکل چشمگیری عود را پیش‌بینی کردند (املکمپ و همکاران<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲). نوع نگرش (خوش‌بینی یا بدبینی) افراد در شرایط استرس‌زا به استفاده از سبک‌های مقابله‌ای متفاوت منجر می‌گردد. پیشینه پژوهشی سبک‌های مقابله با استرس نشان‌دهنده آن است که افزایش میزان امیدواری و حمایت از خانواده بیماران **OCD** به کاهش علائم بیمار (جفکان و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶) و

کوپر معتقد است، اعضای خانواده بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی؛ از جمله همسران آن‌ها به قیمت قربانی کردن رفاه و آسایش شخصی، در رفتارهای وسواسی بیمار مشارکت نموده، موجبات تسهیل در تشریفات و وسواسی بیماران را فراهم می‌آورند (سعیدی، ۱۳۸۶).

تحقیقات مربوط به هیجان ابراز شده، بر مفهوم آسیب‌پذیری - استرس تأکید دارند. ابراز هیجان در این تئوری به عنوان یک استرس توانفرسا محسوب می‌شود که بیماری را دچار عود می‌کند. فرض زیربنایی این رویکرد این است که اگر اعضای خانواده اطلاعات کافی در مورد ماهیت بیماری، انواع پیش‌آگهی، عوارض جانبی داروها و فاکتورهای زیستی داشته باشند، احساسات و هیجان‌های منفی کمتری را تجربه کرده و بنابراین، فشار آن‌ها بر بیمار برای تغییر رفتارش کاهش خواهد یافت (مک فارلن و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵).

انتقادگری بالا و درگیری مفرط عوامل قابل اطمینانی برای رابطه استرس‌زا و نتایج ضعیف برای درمان‌ها پیش‌بینی می‌شوند. همه اختلالات دارای مجموعه‌ای از نشانه‌ها یا مشکلات رفتاری هستند که مقابله با آن‌ها برای مراقبان دشوار است. نتایج نشان می‌دهند بهبود مقابله سبب کاهش آشفتگی می‌شود (سارتوریوس و همکاران، ۱۳۸۹).

تعاملات بین اعضای خانواده‌ای که با بیماری با اختلال روانی سروکار دارند، در دوران نقاهت بیمار استرس‌زا است. استرس از جانب خانواده باعث عود بیماری می‌شود (وگن و لف<sup>۲</sup>، ۱۹۷۶؛ باروکلگ و پارل<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷).

<sup>4</sup> Orford etal

<sup>5</sup> Manelli

<sup>6</sup> Brisby etal

<sup>7</sup> Emmelkamp etal

<sup>8</sup> Jeffken etal

<sup>1</sup> Mcfarlane etal

<sup>2</sup> Vaughn & Leff

<sup>3</sup> Barrowclough & Parle

تهران است. جامعه آماری دوم شامل کلیه خانواده‌های دارای حداقل یک عضو وابسته به مواد (مصرف‌کننده مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز درمان نگهدارنده با متادون) ساکن شهر تهران و جامعه آماری سوم هم شامل کلیه خانواده‌های فاقد عضو مبتلا به وسواس یا وابسته به مواد (و سایر اختلالات روانشناختی شدید) ساکن شهر تهران بود. نمونه تحقیق شامل ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های درمانی و بیمارستانی و ۴۰ نفر از بیماران وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان نگهدارنده با متادون شهر تهران به صورت نمونه گیری هدفمند و با مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک انتخاب شدند. گروه گواه هم شامل ۴۰ نفر از افراد فاقد تشخیص وسواس یا وابستگی به مواد یا سایر اختلالات روانی جدی بودند که از بین همراهان بیماران دو دسته فوق، به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند که در مجموع ۱۲۰ آزمودنی این مطالعه را در قالب سه نمونه تشکیل دادند.

بیشترین تعداد آزمودنی‌ها در گروه وسواس با ۷۷/۵٪ زن و در گروه وابسته به مواد با ۹۷/۵٪ مرد بودند. در گروه گواه نسبت زن و مرد برابر ۵۰٪ بودند. سطح تحصیلات بیشترین تعداد آزمودنی‌ها در گروه‌های وسواس و وابسته به مواد به ترتیب ۴۰٪ و ۶۷/۵٪، زیر دیپلم بوده و در گروه گواه ۴۷/۵٪ لیسانس بودند.

وضعیت اجتماعی و اقتصادی درآزمودنی‌های مبتلا به وسواس و وابسته به مواد با ۵۵٪ و ۶۷٪، ضعیف گزارش شده و در گروه گواه، با ۵۵٪ متوسط بودند. بالاترین دامنه سنی افراد همراه

کاهش اضطراب خانواده (مگلیانو و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲)، منجر می‌گردد.

با توجه به مزمن بودن و اجباری بودن بسیاری از رفتارها در هر دو اختلال و این‌که در هر دو اختلال خانواده به شدت درگیر شده و در نتیجه واکنش‌های اطرافیان می‌تواند بر روند درمان و یا عود علائم تأثیر داشته باشد، در این پژوهش دو گروه از رفتارهای خانواده‌ها بررسی می‌شود:

(۱) بین میانگین ابعاد هیجان ابراز شده در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی و گروه گواه تفاوت وجود دارد.

(۲) بین میانگین ابعاد هیجان ابراز شده بیماران وابسته به مواد و گروه گواه تفاوت وجود دارد.

(۳) بین میانگین ابعاد هیجان ابراز شده در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی و بیماران وابسته به مواد تفاوت وجود دارد.

(۴) بین میانگین ابعاد سبک‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی و گروه گواه تفاوت وجود دارد.

(۵) بین میانگین ابعاد سبک‌های مقابله با استرس در بیماران وابسته به مواد و گروه گواه تفاوت وجود دارد.

(۶) بین میانگین ابعاد سبک‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی و بیماران وابسته به مواد تفاوت وجود دارد.

### روش پژوهش

این مطالعه دارای سه جامعه آماری بود: جامعه اول شامل کلیه خانواده‌های دارای حداقل یک بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی ساکن شهر

<sup>1</sup> Magliano et al

در ایران توسط دهقانی (۱۳۸۲)، شامل ضریب آلفای ۰/۹۳ بوده است.

ابزار دوم پرسشنامه سبک‌های مقابله با شرایط پر استرس<sup>۳</sup> است که توسط پارکر و اندلر<sup>۴</sup> (۱۹۹۰)، ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۴۸ سؤال و سه مقیاس هیجان‌مدار، مسأله‌مدار و اجتناب‌مدار است. ضریب آلفای کرونباخ سه زیر مقیاس اصلی پرسشنامه بالای ۰/۸۰ گزارش شده است. در ایران نیز شکری و همکاران (۱۳۸۴)، ضریب آلفای مقابله مسأله‌مدار را ۰/۷۵، زیرمقیاس مقابله هیجان‌مدار را ۰/۸۲ و زیرمقیاس اجتنابی را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند.

#### یافته‌های پژوهش

اگر چه پیش‌فرض نمونه‌گیری تصادفی در گروه‌های دارای اختلال رعایت‌نشده، چون توزیع اکثر متغیرهای وابسته نرمال و واریانس‌های اکثر متغیرهای وابسته در گروه‌ها مساوی و مقیاس همه متغیرهای پژوهش هم فاصله‌ای و حجم نمونه‌ها هم مساوی و بیش از ۳۰ نفر است، عدم رعایت نمونه‌گیری تصادفی محدودیت ایجاد نمی‌کند و می‌توان برای تحلیل داده‌ها از آزمون پارامتریک F و کوواریانس استفاده کرد.

در گروه وسواس، ۵۶ سال به بالا، در گروه وابسته به مواد ۲۶-۳۵ و در گروه گواه، ۴۵-۳۶ سال هستند.

سطح تحصیلات بیشترین تعداد افراد همراه در گروه وسواس با ۲۷٪ فوق دیپلم و در گروه وابسته به مواد و گواه با ۵۵٪ و ۳۵٪ دیپلم هستند.

ملاک‌های ورود برای گروه‌های دارای اختلال، شامل فقدان تشخیص اختلال روان‌شناختی شدید دیگر (اختلال همراه) در محور اول، عملکرد هوش حداقل متوسط، سکونت در تهران از حداقل سه سال اخیر و داشتن حداقل تحصیلات سیکل هم برای بیمار و هم برای همراه و تمایل به همکاری با درمانگر انتخاب شد. برای گروه گواه، نداشتن تشخیص هر گونه اختلال روان‌شناختی شدید در محور اول، عملکرد هوش متوسط یا بالاتر در کنار سکونت سه سال اخیر در تهران، حداقل تحصیلات سیکل و تمایل به همکاری با پژوهشگر بود.

پرسشنامه هیجان ابراز شده زیر نظر پژوهشگر توسط بیمار و پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس توسط همراه بیمار (مادر یا همسر بیمار) تکمیل می‌شد.

یکی از ابزارهای پژوهش مقیاس هیجان ابراز شده<sup>۱</sup> ساخته کول و کازاریان<sup>۲</sup> (۱۹۸۸) است. این مقیاس دارای ۶۰ سؤال است و چهار خرده‌مقیاس، شامل: نگرش منفی نسبت به بیماری، تحمل / انتظار، مزاحمت و مداخله‌گری و پاسخ هیجانی دارد.

ضریب آلفای کرونباخ در خرده‌مقیاس 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

<sup>۳</sup> Coping Inventory for Stressful Situation (CISS)

<sup>۴</sup> Parker & Andler

<sup>۱</sup> Level of Expressed Emotion Scale (LEE)

<sup>۲</sup> Cole & Kazarian

جدول ۱. ماتریس همبستگی بین منبع تغییرات و متغیرهای وابسته

منبع تغییرات	متغیرها			سبک‌های مقابله با استرس			هیجان ابراز شده	
	مسأله مدار	هیجان مدار	اجتنابی	مزاحمت و مداخله‌گری	پاسخ هیجانی	نگرش منفی نسبت به بیماری	تحمل/ انتظار	
ترتیب تولد	۰/۰۸۱	۰/۱۳۸	۰/۰۲۱	۰/۱۰۸	۰/۰۷۷	۰/۰۴۲	۰/۰۵۹	
معنی‌داری	۰/۳۷۹	۰/۱۳۱	۰/۸۱۸	۰/۲۴۲	۰/۴	۰/۶۴۶	۰/۵۲۱	
تحصیل بیمار	۰/۱۹۱	۰/۰۲۴	۰/۰۸۱	۰/۱۳۲	۰/۱۴۷	۰/۰۳۹	۰/۱۳۲	
معنی‌داری	۰/۰۳۷	۰/۷۹۵	۰/۳۷۹	۰/۱۵۱	۰/۱۱۰	۰/۶۷۲	۰/۱۵۱	
وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیمار	۰/۰۷۷	۰/۱۰۳	۰/۱۸,۰	۰/۱۴۱	۰/۰۴۶	۰/۰۷۲	۰/۰۶۳	
معنی‌داری	۰/۴۰۴	۰/۲۶۴	۰/۸۴۳	۰/۱۲۵	۰/۶۱۹	۰/۴۳۴	۰/۴۹۱	
سن خانواده	۰/۲۱۰	۰/۰۰۷	۰/۲۲۷	۰/۰۱۴	۰/۰۵۱	۰/۲۷۵	۰/۱۷۴	
معنی‌داری	۰/۰۲۱	۰/۹۳۵	۰/۰۱۳	۰/۸۷۶	۰/۵۷۸	۰/۰۰۲	۰/۰۵۷	
تحصیل خانواده	۰/۲۵۷	۰/۲۳۱	۰/۱۳۷	۰/۱۴۷	۰/۳۵	۰/۱۰۶	۰/۸۵۶	
معنی‌داری	۰/۰۰۵	۰/۰۱۱	۰/۱۳۶	۰/۱۰۹	۰/۷۰۷	۰/۲۵	۰/۰۹۰	

نتایج حاصل از جدول همبستگی نشان می‌دهد سن خانواده همبستگی منفی و معناداری با میزان نگرش منفی در مورد بیماری دارد ( $p < ۰/۰۲$ ) و تحصیل خانواده نیز رابطه مثبت و معناداری با سبک مقابله مسأله‌مدار دارد ( $p < ۰/۰۵$ ).

جدول ۲. تحلیل کوواریانس برای مقایسه هیجان ابراز شده در همراهان بر حسب عضویت گروهی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
سن همراه	مزاحمت و مداخله‌گری	۱	۳۲/۶۵	۰/۹۸	۰/۳۲۴	۰/۰۰۹	۰/۱۶۶
	پاسخ هیجانی	۱	۳۵/۳۵	۱/۹۲	۰/۱۶۹	۰/۰۱۷	۰/۲۷۹
	نگرش منفی نسبت به بیماری	۱	۹۸/۸۳	۵/۱۳	۰/۰۲۵	۰/۰۴۴	۰/۶۱۳
	انتظار/ تحمل	۱	۲۱/۲۴	۱/۱۴	۰/۲۸۸	۰/۰۱۰	۰/۱۸۵
عضویت گروهی	مزاحمت و مداخله‌گری	۲	۴۲/۵۴	۱/۲۹	۰/۲۸۰	۰/۰۲۲	۰/۲۷۴
	پاسخ هیجانی	۲	۱۰۲/۰۵	۵/۵۴	۰/۰۰۵	۰/۰۹۰	۰/۸۴۵
	نگرش منفی نسبت به بیماری	۲	۱۳/۴۹	۰/۷	۰/۴۹۹	۰/۰۱۲	۰/۱۶۶
	انتظار/ تحمل	۲	۵/۳۶	۰/۲۹	۰/۷۵۱	۰/۰۰۵	۰/۰۹۵

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول (۲) برای مقایسه هیجان ابراز شده در همراهان بر حسب عضویت گروهی نشان می‌دهد که از بین متغیرهای تحصیلات، ترتیب تولد، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، سن و تحصیلات همراه، در رابطه با مؤلفه‌های مزاحمت و مداخله‌گری، پاسخ هیجانی، انتظار/ تحمل و نگرش منفی نسبت به بیماری، تنها متغیر سن همراه رابطه معنادار  $۴/۴$  درصدی، را نشان می‌دهد. با کنترل این متغیرها مشاهده می‌شود که در مؤلفه پاسخ هیجانی، تفاوت میانگین‌های

است. با توجه به میانگین‌های تعدیل شده دو گروه نتیجه گرفته می‌شود که در واقع پاسخ‌های هیجانی در گروه بیماران و سواس به‌طور معناداری بیشتر از گروه وابسته به مواد است که نشان می‌دهد فرضیه سوم پژوهش مبنی بر تفاوت میانگین ابعاد هیجان ابراز شده در همراهان بیماران مبتلا به سواس فکری و عملی و وابسته به مواد تأیید شده است.

علاوه بر این، مشاهده می‌شود تفاوت میانگین پاسخ‌های هیجانی گروه و سواس و گواه نیز از لحاظ آماری معنادار است ( $p < 0/05$ ). نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهند که فرضیه اول پژوهش مبنی بر تفاوت میانگین ابعاد هیجان ابراز شده در همراهان بیماران و سواس و گروه گواه نیز تأیید شده است و فرضیه دوم مبنی بر تفاوت میانگین ابعاد هیجان ابراز شده در همراهان بیماران وابسته به مواد و گروه گواه تأیید نشده است.

تعدیل شده در سه گروه از لحاظ آماری معنادار است، ( $p < 0/05$ ). اندازه اثر  $0/09$  نشان می‌دهد ۹ درصد تغییرات در تفاوت واریانس نمره‌های پاسخ هیجانی آزمودنی‌ها ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری ۸۴ درصد حاکی از دقت بالا و همچنین، کفایت حجم نمونه است.

جدول ۳. مقایسه زوجی میانگین‌های تعدیل شده در

مؤلفه‌های هیجان ابراز شده

معداداری	گروه مورد مقایسه (میانگین)	گروه (میانگین)
۰/۰۳۳	وابسته به مواد (۳۲/۹۵)	وسواس (۳۵/۳)
۰/۰۰۲	گواه (۳۲/۱)	وابسته به مواد (۳۲/۹۵)
۰/۴۴۷	گواه (۳۲/۱)	

همان‌طورکه مشاهده می‌شود، میانگین‌های تعدیل شده پاسخ‌های هیجانی در گروه بیماران و سواس،  $35/30$ ، گروه وابسته به مواد،  $32/95$

جدول ۴. تحلیل کوواریانس برای مقایسه سبک‌های مقابله با استرس در همراهان بر حسب عضویت گروهی

توان آزمون	اندازه اثر	معداداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	متغیر وابسته	منبع تغییرات
۰/۱۰۵	۰/۰۰۴	۰/۴۹۳	۰/۴۷۴	۶۴/۱۱۰	۱	مسأله‌مدار	
۰/۵۳۱	۰/۰۳۶	۰/۰۴۲	۴/۲۲۱	۷۱۶/۴۴۰	۱	هیجان‌مدار	ترتیب تولد در بیماران
۰/۰۸۵	۰/۰۰۳	۰/۵۸۰	۰/۳۰۸	۲۶/۸۹۶	۱	اجتنابی	
۰/۳۴۸	۰/۰۲۲	۰/۱۱۶	۲/۵۰۸	۳۳۹/۴۳۱	۱	مسأله‌مدار	
۰/۸۵۵	۰/۰۷۶	۰/۰۰۳	۹/۲۶۵	۱۵۷۲/۵۱۲	۱	هیجان‌مدار	تحصیل همراه
۰/۰۸۵	۰/۰۰۳	۰/۵۷۹	۰/۳۰۹	۲۷/۰۱۰	۱	اجتنابی	
۰/۱۲۰	۰/۰۰۸	۰/۶۴۵	۰/۴۴۰	۵۹/۵۷۴	۲	مسأله‌مدار	
۰/۱۲۹	۰/۰۰۹	۰/۶۱۳	۰/۴۹۱	۸۳/۲۸۷	۲	هیجان‌مدار	عضویت گروهی
۰/۰۸۸	۰/۰۰۴	۰/۷۸۱	۰/۲۴۸	۲۱/۶۴۴	۲	اجتنابی	

اجتماعی و اقتصادی، سن و تحصیلات همراه، در رابطه با سبک‌های مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی تنها متغیر ترتیب تولد و تحصیلات همراه، رابطه معنادار  $3/6$  و  $7/6$  درصدی با سبک مقابله هیجان‌مدار

بر اساس جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه سبک‌های مقابله با استرس در همراهان بر حسب عضویت گروهی نشان می‌دهد که از بین متغیرهای تحصیلات، ترتیب تولد، وضعیت



گروه وسواس بیشتر از وابسته به مواد و گروه گواه بوده است.

این یافته‌ها با نتایج مطالعات چامپلس و استکتی<sup>۱</sup> (۱۹۹۹)، هیز و همکاران (۱۹۹۱)، املکمپ و همکاران (۱۹۹۲)، استوب و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۹۳)، استکتی (۱۹۹۳)، استکتی و همکاران (۱۹۹۸)، ون نوپن و استکتی (۲۰۰۳)، ون نوپن و استکتی (۲۰۰۹)، پریس و همکاران (۲۰۱۲)، همسوست، که نشان می‌دهد هیجان ابراز شده و پاسخ‌های هیجانی در خانواده بیماران وسواس بیشتر است.

در خصوص فرضیه اول و نتایج حاصل از آن، در دو گروه دارای اختلال (وسواس و وابسته به مواد)، هیجان ابراز شده در سطح بالا می‌تواند زمینه‌ساز استرس بیشتر برای بیمار شده و این واکنش‌ها در مجموع به تحت تأثیر قرار گرفتن روند درمان و عود مکرر در هر دو اختلال منجر شود.

از طرف دیگر، طولانی بودن دوران درمان این دو اختلال و شدت علائم باعث می‌شود اعضای خانواده واکنش‌های انتقادی و خصمانه بیشتری را نشان دهند و به این ترتیب، در یک سیکل معیوب این عامل باعث فشار بیشتر به بیمار می‌شود؛ در حالی که مطابق فرضیه پژوهش، پژوهشگر انتظار تأیید این روند را در اعضای خانواده بیماران مبتلا به وسواس و بیماران وابسته به مواد داشت.

اما تأیید این روند در گروه بیماران مبتلا به وسواس و عدم تأیید آن در گروه وابسته به مواد را می‌توان این گونه تبیین نمود که اعضای خانواده بیماران مبتلا به وسواس بیشتر درگیر علائم بیمار

و متغیر هیجان‌مدار، رابطه ۴/۲ درصدی را با سبک اجتناب‌مدار نشان می‌دهد. در عین حال، با کنترل رابطه این پنج متغیر با سه مؤلفه سبک‌های مقابله با استرس، نشان می‌دهد که در واقع، تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های سبک مقابله مسأله‌مدار، اجتناب‌مدار و هیجان‌مدار، بین سه گروه نیز از لحاظ آماری معنادار نیست. بر همین اساس، مقایسه زوجی بین گروهی نیز صورت نگرفته است. بر اساس نتایج به دست آمده، فرضیه چهارم پژوهش مبنی بر تفاوت میانگین ابعاد سبک‌های مقابله با استرس در همراهان بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی و گروه گواه وابسته به مواد و فرضیه پنجم مبنی بر تفاوت میانگین ابعاد سبک‌های مقابله با استرس در همراهان بیماران مبتلا به وابسته به مواد و گروه گواه و فرضیه ششم مبنی بر تفاوت بین میانگین ابعاد سبک‌های مقابله با استرس در همراهان بیماران وسواس فکری و عملی و وابسته به مواد تأیید نشده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی هیجان ابراز شده و سبک‌های مقابله با استرس در خانواده بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی و وابسته به مواد در مقایسه با گروه گواه بود. مطابق یافته‌های پژوهش بین گروه‌های پژوهش در سبک‌های مقابله با استرس تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد؛ ولی در خرده‌مقیاس پاسخ هیجانی، هیجان ابراز شده تفاوت بین گروه‌ها معنی‌دار بود؛ به گونه‌ای که مقایسه زوجی میانگین‌های تعدیل شده در مؤلفه‌های هیجان ابراز شده نشان داد که پاسخ هیجانی در

<sup>1</sup> Chambless & Steketee

<sup>2</sup> Stubbe et al

درصد، مکزیک ۴۱ درصد و هند ۲۳ درصد)، جای تأمل دارد که گویای نیاز به توجه بیشتر به شیوه‌های سازماندهی مبتنی بر خانواده است.

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش‌های پیشین، انتظار می‌رفت با توجه به وجود فرد بیمار در خانواده‌ها و بالا بودن میزان هیجان ابراز شده در همراهان، سبک مقابله نیز هیجان‌مدار و اجتنابی باشد، همان‌طور که (مگلیانو و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰؛ راون و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴؛ پیتراس و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱؛ ولی‌پور، ۱۳۸۳)، معتقد بودند که در شرایط پر استرس مقابله هیجان‌مدار و اجتنابی در افراد بیشتر است.

در تبیین نتایج به‌دست آمده از این فرضیه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که به نظر می‌رسد عدم تفاوت در سبک‌های مقابله بین همراهان بیمار و گروه گواه، به عقیده (مگلیانو و همکاران، ۲۰۰۲؛ جفری پلاکر و کلی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲؛ منلی، ۲۰۱۳) شبکه حمایت اجتماعی بوده که در کاهش استرس ادراک شده مؤثر است.

با توجه به این‌که فضای حاکم بر اجتماع تغییر یافته و مثل گذشته وجود بیمار روانی انگ برای خانواده‌ها نیست و با گسترش مراکز درمانی و حمایتی، خانواده‌های دارای بیمار راحت‌تر می‌توانند در جهت حل مشکل اقدام نمایند.

از آنجایی که انتخاب شیوه درمانی نشانه سبک مقابله‌ای خانواده است (بریزی و همکاران، ۱۹۹۷) و بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش افرادی بودند که به همراه خانواده به کلینیک‌های درمانی مراجعه

شده و آسیب بیشتری را متحمل می‌شوند. در این گروه، علائم بیماری اغلب درون خانه روی می‌دهد و تمامی اعضا به نوعی درگیر می‌شوند. از طرف دیگر، عدم رعایت و همکاری خانواده در زمینه تشریفات و سواسی بیمار باعث برخورد خصمانه بیمار با اعضای خانواده می‌گردد؛ در حالی‌که عدم تفاوت معنادار واکنش‌های اعضای خانواده در گروه وابسته به مواد با گروه گواه می‌تواند بیانگر این مسأله باشد که میزان درگیری عاطفی و هیجانی آن‌ها نسبت به درگیری عاطفی و هیجانی خانواده بیمار مبتلا به وسواس کمتر است (به این دلیل که کمتر به‌طور مستقیم درگیر رفتارهایی نظیر انجام تشریفات و غیره به منظور همراهی با بیمار می‌شوند) و یا این‌که ممکن است اعضای خانواده قید درگیری عاطفی و احساس تعلق را از بیمار بزنند و در نتیجه، نسبت به رفتارهای پر آسیب‌وی حساسیتی به خرج ندهند. به همین جهت، در این گروه پاسخ‌دهی هیجانی متفاوتی نسبت به اعضای خانواده افراد سالم دیده نمی‌شود.

علاوه بر این، عدم تفاوت در هیجان ابراز شده در همراهان بیماران با گروه گواه نشان می‌دهد که شیوه پاسخ‌دهی هیجانی خانواده‌ها شیوه مناسبی نیست و از طرفی، هیجان ابراز شده خانواده به شدت تحت تأثیر بافت فرهنگی و اجتماعی است (آگولرا و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰ و ویزمن، ۱۹۹۸).

در پژوهش (کلافی و ترابی ۱۳۷۵؛ به نقل از دهقانی، ۱۳۸۲) که در شیراز انجام شد، میزان شیوع هیجان ابراز شده در خانواده بیماران اسکیزوفرنی را حدود ۷۴ درصد نشان داد که این میزان در مقایسه با سایر کشورها (انگلیس ۶۸ درصد، امریکا ۴۹

<sup>2</sup> Magliano et al

<sup>3</sup> Raune et al

<sup>4</sup> Pietras et al

<sup>5</sup> Jeffrey Platter & Kelley

<sup>1</sup> Aguilera et al

همچنین، در انجام این پژوهش محدودیت‌هایی نیز وجود داشت. منظور از خانواده در مطالعه، مراقب یا همراه بیمار بوده و لذا نمی‌توان به‌طور قطع، آن را معرف کل خانواده دانست. بیماران وابسته به مواد که تازه وارد درمان می‌شدند، به علت داشتن علائم ترک، حاضر به همکاری نبودند.

بیماران مبتلا به وسواس و وابسته به مواد، در این پژوهش جزو گروه‌های تحت درمان بوده و احتمالاً مداخلاتی هم برای خانواده ارائه شده است و این مسأله هم می‌تواند بر نتایج تحقیق اثرگذار بوده باشد. جنسیت در دو اختلال برابر نبود. بیشتر بیماران وابسته به مواد، مرد و بیماران وسواسی زن بودند و در نمونه‌گیری هدفمند، امکان تعمیم یافته‌ها محدود می‌شود. با توجه به تفاوت شیوع اختلال در دو جنس (وسواس در زنان و وابستگی به مواد مخدر در مردان)، امکان کنترل فاکتور جنسیت به عنوان متغیر مداخله‌گر نبود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، هیجان ابراز شده و سبک‌های مقابله با استرس برای تک‌تک اعضای خانواده ارزیابی شود. از بیماران وابسته به مواد که تازه وارد درمان شده‌اند، استفاده شود. مسأله آموزش و مداخله بر روی خانواده بیماران؛ به‌ویژه بیماران وسواسی کنترل شود. سعی شود از نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. به جای پرسشنامه از مصاحبه یا مشاهده بالینی استفاده شود. مدت زمان اختلال در بیماران وسواس و تعداد دفعات ترک در بیماران وابسته به مواد، کنترل شود. با توجه به نتایج به‌دست آمده در این مطالعه، به نظر می‌رسد در فرایند درمان بیماران وسواسی و وابسته به مواد، بر مؤلفه پاسخ هیجانی از هیجان

کرده بودند، به نظر می‌رسد که عدم تفاوت گروه‌های دارای اختلال با گروه گواه پذیرفته باشد و بر اساس تعریف سبک مقابله مسأله‌مدار مبنی بر جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسأله، تغییر ساختار مسأله از نظر شناختی و اولویت دادن به گام‌هایی برای مخاطب قرار دادن مسأله، به نظر می‌رسد سبک غالب مسأله‌مدار باشد.

از طرفی، همسو با نتایج مطالعه املکمپ و همکاران (۱۹۹۲)، که نشان می‌دهد اعضای خانواده از طریق درگیر شدن در حل مسأله به شکل سازگاران‌ای پاسخ می‌دهند و پاسخ ناسازگاران‌ای آن‌ها به شکل درگیری مفراطی، ناکام شدن، خشم یا طرد ارائه می‌شود و همسو با تفاوت معنی‌دار پاسخ هیجانی در گروه‌های دارای اختلال با گروه گواه می‌توان بیان کرد که این خانواده‌ها، اگر چه سبک درمانی مؤثر را انتخاب کرده‌اند؛ ولی پاسخ‌های ناسازگاران‌ای و هیجانی خود را به شیوه درگیری و خشم نشان می‌دهند. هیجان ابراز شده، سبک پاسخ‌دهی خانواده به بیماری مزمن و استرس‌زاست و خود یک سبک مقابله‌ای است، که شبیه سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و اجتنابی است.

البته، باید این احتمال را هم در نظر گرفت که، نبود تفاوت معنادار در سبک‌های مقابله با استرس می‌تواند ناشی از ابزار کاغذ مدادی اندازه‌گیری باشد که این ایراد مهم را داراست. این که آزمودنی‌های گروه‌های بیمار؛ یعنی همراهان بیماران وانمود به مطلوب بودن داشته و سعی کرده‌اند خود را مطلوب و فاقد صفات منفی نشان دهند و احتمالاً این مسأله هم در این عدم تفاوت در سبک‌های مقابله‌ای مؤثر بوده باشد.

ولی‌پور، ز. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روان و راهبردهای مقابله‌ای در همسران افراد معتاد در شهرستان اهواز و مقایسه وضعیت آن‌ها با همسران افراد غیرمعتاد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه انیسیتو روان‌پزشکی.

Aguilera, A., Lopez, S., Breitborde, N., Kopelowicz, A., Zarate, R. (2010). Expressed Emotion and Sociocultural Moderation in the Course of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 875-885.

Albert U., Bogetto F., Maina G., Saracco P., Brunatto C., Mataix D. (2010). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Processes, Journal of Psychiatry Research*, 179, 204-211

Barrowclough, C., Parle, M. (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *Journal of psychiatry*, 171, 26-30.

Brisby, T., Baker, S., Hedderwick, T. (1997). Under the Influence: Coping with parents who Drink Too Much-A Report on the Needs of the Children of problem Drinking Parents. *Alcohol Concern*, London.

Chambless, D., Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 658-665.

Emmelkamp, G., Kloek, J., Blauw, E. (1992). Obsessive compulsive disorders, Principles and practice of Relapse Prevention. *Guilford Press*, New York. 213-234

Fichter, M.M., Glynn, S.M., Weyerer, S., Liberman, R.P., Frick, U. (2004). Family Climate and Expressed Emotion in the Course of Alcoholism. *Family Process*, 36, 203-221.

Friedman I., Dar R. and Shilony E. (2000). Compulsivity and obsessionality in opioid addiction, *Processes, Journal of Nervous Mental Disease*, 188, 155-162.

ابراز شده تأکید و مداخلات درمانی برای کنترل آن ارائه شود.

## منابع

خدابخشی کولایی، ا. (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی آموزش الگوی مدیریت خانواده و الگوی روانی آموزشی به مادران بیماران اسکیزوفرنیا جهت کاهش علائم بیماری در بیماران، هیجان ابراز شده مادران و فشار روانی بر آن‌ها، پایان‌نامه دکتری دانشگاه علامه طباطبایی.

دهقانی، ش. (۱۳۸۲). هیجان ابراز شده و شخصیت، فصلنامه اصول بهداشت روانی، ش ۶، ص ۸۴-۹۱. سارتوریوس، ن، لف، ج، لویز - ایور، خ، ماج، م و اوکاشا، ا. (۱۳۸۹). خانواده‌ها و اختلالات روانی از فشار تحمیل شده بر خانواده‌ها تا توانمندسازی. (مترجم: احمد برجعلی، بیتا آجیل‌چی، محمد سلیمی). تهران: ارجمند.

سادوک، ب. ج. و سادوک، و. ا. (۱۳۸۸). کاپلان و سادوک، خلاصه روان‌پزشکی، علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی جلد دوم. (مترجم: فرزین رضاعی). تهران: ارجمند.

سعدی، م. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر زندگی با همسران هم وابسته بر اختلال وسواس فکری - عملی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی قزوین.

شکری، ا، مرادی، ع، فرزاد، سنگری، ع، غنایی، ز و رضایی، ا. (۱۳۸۴). نقش صفات شخصیت و سبک‌های مقابله، در سلامت روانی دانشجویان: ارائه مدل‌های علی، فصلنامه تازه‌های علوم‌شناختی، ش ۱، ص ۲۸-۳۸.

- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Maj, M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in. *Journal of Acts Psychiatric*, 106, 291-298.
- Minnelli, P. (2013). The burden of caring: Drug users & their families, *Indian. Journal of Med Res*, 137, 636-638.
- McCarty, C.A., Lau, A.S., Valeri, S.M., Weisz, J. R. (2004). Parent-child interactions in relation to critical and emotionally overinvolved expressed emotion (EE): Is EE a pro for behavior? *Journal of Abnormal Psychology*, 32, 83-93.
- McFarlane, W.R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., and Grilly, J. (1995). Psycho educational Multiple family groups: Four year relapse out come in schizophrenia. *Journal of Family Process*, 34, 127-144.
- Meunier, D., Ercsh, K.D., Craig, K.J., Fornito, A., Merlo-pich, E., Fineberg, A., Shabbir, S., Robbins, T. & Bullmore, E.T. (2012). Brain functional connectivity in stimulant drug dependence and obsessive-compulsive disorder. *Neuroimaging*, 59, 1461-1468.
- O'Farrell, T. J., Hooley, J., Fals-Stewart, W., Cutter, H. S. G. (1998). Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 744-752.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., Copello, A C. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Journal of Social Science & Medicine*, 78, 70-77.
- Peris, S.T., Yadegar, M., Asarnow, R., Piacentini, J. (2012). Pediatric obsessive compulsive disorder: Family climate as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 80, 255-263.
- Pietras, T., Witusik, A., Panek, M., Szemraj, J., Górski, P. (2011). Anxiety, depression and methods of stress coping in patients with nicotine dependence syndrome. *Journal of Med*, 17, 272-276.
- Raune, D., Kuipers, E., Bebbington, P. (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *Journal of Psychiatry*, 184, 321-326.
- Gawad, T.M.S.A. (2001). Comparision between heroin addicts and obsessive-compulsive patients on psychosocial and cognitive function, *Processes, Journal of Psychiatric*, 24, 117-125.
- Hall, M. j., Docherty, N. M. (2000). Parent coping styles and schizophrenic patient behaviors us predictors of express emotion. *Family Process*, 34, 435-444.
- Hooley, J. M., Parker, H. A. (2006). Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 20, 368-396.
- Jairam V. (2009). OCD and Addiction: A link? *Journal of Medicin and law*, 2, 43-48.
- Jeffken, G., Storch, E., Duke, D., Monaco, L., Lewin, A., Goodman, W. (2006). Hope and coping in family members of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 614-629.
- Jeffrey Platter, A., Kelley, M. (2012). Effectiveness of an Educational and Support Program for Family Members of a Substance Abuser. *Journal of Family Therapy*, 40, 208-213
- Jenike, M.A., Bare, L., Minichello, W.E. (1998). Obsessive Compulsive Disorder. St. Loupes, Mosby.
- Kazarian, Sh., Cole, j. d. (1998). The level of expressed emotion scale, A new measure of express emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 392-397.
- Lopez, S. R., Hipke, K. N., Polo, A. J., Jenkins, J. H., Karno, M., Vaughn, C., & Snyder, K. S. (2004). Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: Family warmth matters. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 428-439.
- Lubman D., Yücel M., Pantelis CH., 2004, Addiction, a condition of compulsive behaviour? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation, *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 1491-1502.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M., Malangone, C., Marasco, C., Maj, M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Journal of Psychiatry*, 35, 109-115.

- Renshaw, K.D., Steketee, G., Chambless, D.L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Journal of Cognitive Behavior Therapy*, 34, 164-175.
- Renshaw, K.D., Chambless, D.L., Steketee, G. (2003). Perceived criticism predicts severity of anxiety symptoms after behavioral treatment in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 411-421.
- Sharf, R. S. (2004). Theories of psychotherapy counseling: concepts and cases, New York, *The Guilford Press*.
- Steketee, G. (1993). Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behav. Journal of Psychotherapy*, 21, 81-95.
- Steketee, G., Van Noppen, B., Lam, J., & Shapiro, L. (1998). Expressed emotion in families and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychotherapy in Practice*, 4, 73-91.
- Steketee, G., Frost, R., & Boqart, K. (1996). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: interview versus self-report. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 34, 675-684.
- Stubbe, D.E., Zahner, G.E.P., Goldstein, M.J., Leckman, J. F. (1993). Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 105-110.
- Van Noppen, B., & Steketee, G. (2003). Family responses and multi-family behavioral treatment (MFBT) for obsessive compulsive disorder (OCD). *Journal of Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3, 231-247.
- Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.
- Weisman, A. G., Nuechlerlein, K. H., Goldstein, M. J., & Snyder, K. S. (1998). Expressed emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 355-359.

## **Comparison of Expressed Emotion and Coping Styles with Stress in 3 Groups of Patient with Obsessive Compulsive Disorder and Drug Abuse Disorder and Relative and Control Group**

**\* F. Rahgozar**

MSc of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Najafabad, Isfahan, Iran

**N. Akrami**

Assistant Professor of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**H. Mehrabi**

Assistant Professor of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

### **Abstract:**

The purpose of this study was comparing the expressed emotion and coping styles with stress in family of patients with obsessive compulsive and substance dependency disorders compared to the control group. For this purpose, in terms of a causal-comparative study, 3 groups (40 patients in each) of the obsessive-compulsive disordered patients and their families, substance dependent patients and their families, and the control group and their families living in Tehran, were selected with a deliberate approach and assessed using Expressed Emotion Scale of Cole and Kazarian, and Coping Inventory for Stressful Situation of Parker and Andler, questioners. The results of the analysis of covariance showed that although patients with obsessive compulsive disorder and substance dependency in coping styles with stress are not significantly different with control group, in Subscales of emotional response of expressed emotion, the difference between groups are significant ( $P < 0.05$ ). Adjusted mean comparison Paired shows that emotional response in obsessive-compulsive disorder group are more than substance dependency and control groups ( $P < 0.05$ ).

As a result, most of the relatives of patients with obsessive-compulsive symptoms are more involved with patients' signs and incur more damage.

**Keywords:** obsessive- compulsive disorder, substance dependency disorder, expressed emotion, coping with stress.