Original Article

Impact of acceptance and commitment–based psychoeducation on the adjustment of expressed emotion in families of patients with bipolar disorder

Sazvar SA[1], Nouri R[2], Saei R[1*], Hatami M[2]

1- Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
2- Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, I. R. Iran.

Received December 23, 2016; Accepted June 15, 2017

Abstract:

Background: Expressed emotion is one of the key factors resulting in relapse of psychiatric disorders. Expressed emotion is a critical, hostile and emotionally over-involved attitude that relatives have toward a family member with such disorder. Since stress from the expressed emotion leads to relapse in person with a disorder, the present study aimed to investigate the effect of mental training based on the acceptance and commitment on the regulation of expressed emotion in families of patients with bipolar disorder.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was carried out on families of patients with bipolar disorder referring to Kargarnejad hospital (Kashan, Iran). The purposive sampling method was used to select the participants. As an intervention acceptance and commitment-based psychoeducation of the families was held in 10 sessions. Expressed emotion questionnaire was completed by relatives pre- and post-intervention.

Results: The results showed that the level of expressed emotion reduced after the intervention in families of patients with bipolar disorder (P<0.001). A significant reduction was observed in the level of expressed emotion in all four subscales (negative attitudes, tolerance/expectations, harassment and intervention and emotional response) (P<0.001).

Conclusion: Family psychoeducation based on the acceptance and commitment can be effective in the regulation of expressed emotion in families of patients suffering from bipolar disorder.

Keywords: Bipolar disorder, Acceptance and commitment, Expressed emotion, Family

* **Corresponding Author.**
Email: rezvan.saei@gmail.com
Tel: 0098 913 276 7918
Fax: 0098 31555 40036

IRCT Registration No. IRCT2017010331740N1 Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, August, 2017; Vol. 21, No 3, Pages 265-271

Please cite this article as: Sazvar SA, Nouri R, Saei R. Impact of acceptance and commitment –based psychoeducation on adjustment of expressed emotion in families of patients with bipolar disorder. ***Feyz*** 2017; 21(4): 265-71.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-10]

تاثیر آموزش روانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان ابرازشده خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

سید علی سازور [۱]، ربابه نوری [۲]، رضوان ساعی [۳*]، محمد حاتمی [۴]

خلاصه:

سابقه و هدف: یکی از فاکتورهای مهم در عود اختلالات روانپزشکی هیجانات ابرازشده است که شامل درگیری عاطفی بیش‌ازحد و انتقاد و خصومت اعضای خانواده نسبت به عضو بیمار می‌باشد. ازآنجائی‌که استرس ناشی از این هیجانات باعث فرسودگی و عود در فرد مبتلا به اختلال می‌گردد، پژوهش حاضر به‌منظور بررسی تاثیر آموزش روانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان ابرازشده در خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه‌تجربی روی خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مراجعه کننده به بیمارستان روانپزشکی کاشان انجام شد. نمونه‌ها به‌روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند. پرسشنامه هیجان ابرازشده قبل و پس از مداخله توسط مراقبین تکمیل گردید. آموزش روانی خانواده مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخله در ۱۰ جلسه آموزش داده شد.

نتایج: یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که سطح هیجان ابرازشده در خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بعد از مداخله به شکل معنی‌داری کاهش پیدا کرده است. به‌علاوه، کاهش سطح هیجان ابراز شده در تمامی چهار زیرمقیاس نگرش منفی، تحمل و انتظار، مزاحمت و مداخله‌گری و پاسخ هیجانی نیز معنی‌دار بوده است ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: آموزش روانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان ابرازشده خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی می‌تواند موثر باشد.

واژگان کلیدی: اختلال دوقطبی، پذیرش و تعهد، هیجان ابرازشده، خانواده

دوماه‌نامه علمی– پژوهشی فیض، دوره بیست و یکم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۶، صفحات ۲۷۱-۲۶۵

مقدمه

هیجان ابرازشده به نگرش‌های انتقادی یا خصمانه و یا درگیری مفرط هیجانی اطلاق می‌شود که بستگان و خویشان نسبت به عضو مبتلا به بیماری روانپزشکی نشان می‌دهند. ساختار هیجان ابرازشده شامل عوامل و الگوهای رفتاری نقد، خصومت و وابستگی بیش‌ازحد احساسی است [۲،۱]. هیجان ابرازشده یکی از ویژگی‌های قابل توجه محیط خانواده بیمار است که برای پیش‌بینی احتمال عود در طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی کاربرد دارد [۳]. مانند بسیاری دیگر از عوامل استرس‌زای محیطی، هیجان ابرازشده، پاتولوژیک یا منحصر به خانواده بیماران روانی نیست، اما می‌تواند موجب عود علائم بیماری روانی در فرد آسیب‌پذیر در برابر استرس شود [۵،۴].

نرخ بالای هیجان ابرازشده در خانواده‌های افراد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنیا در کشورهای غربی ۷۴-۴۰ درصد و در ایران در حدود ۶۱ درصد گزارش شده است [۷،۶]. میزان عود اختلال دوقطبی در خانواده‌هایی که سطح هیجان ابراز شده آنها بالاست، در طی نه ماه ۹۰ درصد ذکر شده است [۸]. اختلال دوقطبی به‌طور متوسط در کل جهان شیوعی در حدود ۱/۳ تا ۳/۸ درصد دارد. این اختلال با دوره‌های مکرر عود مشکلات عدیده‌ای را برای بیمار و خانواده وی به همراه دارد [۹]. مطالعات انجام شده در آمریکا، اروپا و استرالیا بار اقتصادی بالای این بیماری را نشان داده است. در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۱ در ایالات متحده انجام شد، کل هزینه ناشی از این اختلال ۴۵ میلیون دلار تخمین زده شده که ۷ میلیون دلار از آن مربوط به هزینه‌های مستقیم درمان و بستری بیماران و در حدود ۳۸ میلیون دلار مربوط به هزینه‌های غیرمستقیم (مانند غیبت از محل کار و خودکشی) بوده است. مراقبین این بیماران در حدود ۶ میلیون دلار هزینه مرتبط با نگهداری بیماران را متحمل شده بوداند [۱۰]. هزینه‌های ناشی از اختلال دوقطبی خلق در سال ۲۰۰۹ در ایالات متحده در حدود ۱۵۰ میلیون دلار در سال گزارش شده است که بخش قابل‌توجهی از آن بر دوش خانواده بیماران بوده است [۱۱]. نود درصد از مراقبین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی برقراری ارتباط با بیمار را طی دوران عود بیماری بسیار دشوار ذکر کرده‌اند. هشتاد درصد از بیماران در

[۱] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۲] استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

[۳] کارشناس روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۴] دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

* **نشانی نویسنده مسئول:**
کاشان، بیمارستان روانپزشکی کارگرنژاد

تلفن: ۰۹۱۳ ۲۷۶۷۹۱۸ **دورنویس:** ۰۳۱۵۵۵۴۰۰۳۶

پست الکترونیک: rezvan.saei@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۵ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۹۶/۳/۲۵

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-10]

دوره‌های عود به‌نحوی بی‌قرار می‌شوند که منجر به درگیری‌های شدید لفظی یا فیزیکی در بین افراد خانواده به‌خصوص فرد مراقب و بیمار می‌گردد [۱۲]. خانواده به‌عنوان نظام اصلی حمایت بیمار دارای اهمیت زیادی است. نقش خانواده را در درمان بیماری‌ها نمی‌توان نادیده گرفت؛ چراکه عدم مشارکت خانواده در فرآیند درمان منجر به بروز رفتارهایی علیه روند درمان و تیم درمانی (با انکارها، پیش‌داوری‌ها، شرم و دوسوگرایی) خواهد شد که اثرات مهمی در عود بیماری، بروز بحران و تشدید علائم بیمار دارد. براین اساس درمان موفق نیازمند نگرش دوسویه به بیمار و خانوده وی است [۱۳]. بخشی از رفتارهای منفی افراد خانواده (مانند سطح بالای هیجان ابرازشده) در برابر فرد بیمار و روند درمانی وی را می‌توان در عدم آگاهی و یا عدم پذیرش وجود مشکل جستجو کرد. بر اساس یافته‌های ما تاکنون تنها در یک مطالعه تاثیر آموزش روانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هیجان ابرازشده خانواده‌ی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مورد بررسی قرار گرفته است [۱۴] و دیگر مطالعات اثر آموزش روانی را بر فاکتورهای دیگر سنجیده‌اند. در مطالعه فوق هرچند که اطلاعات خانواده‌ها نسبت به اختلال دوقطبی تغییر محسوس داشته، اما سطح خشم، سرزنش و میزان انتقادات بی‌تغییر باقی مانده است [۱۴]. مطالعه دشت‌بزرگی و همکاران در مورد تاثیر آموزش خانواده بر سیر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نشان داد که سطح سازگاری خانواده بعد از مداخله نسبت به قبل از آن تفاوت آماری قابل ملاحظه‌ای دارد [۱۵]. قاسمی و همکاران نشان داده‌اند که آموزش روانی خانواده بر عملکرد اجتماعی بیماران تاثیر مثبت داشته، به‌طوری‌که عملکرد اجتماعی بیماران دوقطبی در مقایسه با بیماران اسکیزوفرنی به‌طور چشگیری بهبود می‌یابد [۱۶]. باتوجه به شیوع بالای اختلال دو-قطبی و بستری‌های مکرر آنها و ازآنجائی‌که برعهده گرفتن نقش مراقب می‌تواند پیامدهای روانشناختی متعددی برای مراقبان این بیماران داشته باشد و هم‌چنین اثرات شناخته شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقابله با طیف وسیعی از چالش‌های زندگی، مطالعه حاضر به‌منظور بررسی اثر آموزش روانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هیجان ابراز شده مراقبین انجام گرفت. لازم به ذکر است که تاکنون مطالعه‌ای در ایران در زمینه‌ی تاثیر آموزش روانی مبتنی بر موج سوم روان‌درمانی و پذیرش و تعهد بر کاهش هیجان ابراز-شده در خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی انجام نشده است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه نیمه‌تجربی نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از میان مراقبین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در بیمارستان روانپزشکی کارگر نژاد، بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-V و تشخیص روانپزشک انتخاب شدند. پس از بررسی کلیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی (۶۷ نفر)، براساس معیارهای ورود و خروج ۴۰ نفر از ایشان که واجد شرایط بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه بدین ترتیب بود: مراقب بیمار در محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال باشد، دارای سطح تحصیلات حداقل راهنمایی باشد، و دارای بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی (نوع I و II) مزمن با سابقه بیماری حداقل ۲ سال باشد. معیارهای خروج عبارت بودند از: بیماری‌های جسمی شدید، اعتیاد،مشکلات شناختی وسایر اختلالات روانپزشکی همراه. پس از ارائه اطلاعات در زمینه نحوه انجام مطالعه و پاسخ به سوالات، در صورت تمایل خانواده‌ها به شرکت در مطالعه رضایت‌نامه کتبی از آنها گرفته شد. مشخصات دموگرافیک بیماران نظیر سن، جنس، مدت ابتلا به بیماری و سطح تحصیلات سرپرست خانواده در پرسشنامه طراحی شده ثبت شد. پرسشنامه سطح هیجان ابرازشده در دو مرحله قبل و بعد از مداخله توسط مراقبین تکمیل شد. مرحله اول پیش از شروع جلسات آموزش و مرحله دوم پس از اتمام این آموزش‌ها بود. جلسات آموزش روانی خانواده براساس رویکرد پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخله طی ۱۰ جلسه هرهفته به-مدت ۲ ساعت انجام شد. در این مطالعه از پرسشنامه سطح هیجان ابرازشده (Level expressed emotion) ساخته کول و کازاریان استفاده شد؛ این ابزار برای ارزیابی سطح هیجان ابرازشده مراقبین در ۴ زیرمقیاس نگرش منفی نسبت به بیماری؛ تحمل و انتظار؛ مزاحمت و مداخله‌گری؛ و پاسخ‌های هیجانی به‌کار می‌رود. این آزمون شامل ۶۰ سوال با پاسخ ۴ گزینه‌ای مطابق با ساختار هیجان ابرازشده می‌باشد و هر زیرمقیاس شامل ۱۵ سوال می‌باشد. در این آزمون علاوه بر نمرات چهار زیرمقیاس، یک نمره کل نیز به‌دست می‌آید که نمرات بالا مشخص کننده سطوح بالای هیجان ابرازشده می‌باشد. دامنه نمرات این آزمون ۶۰ تا ۲۴۰ است. نمرات بالاتر از ۱۴۹ معرف هیجان ابرازشده بالا و نمرات پائین‌تر از ۱۱۶ نشان‌دهنده هیجان ابرازشده پائین است [۱۷]. این مقیاس اولین بار در ایران توسط دهقانی ترجمه شده، روایی درونی آن به روش آلفای کرونباخ تعیین گردیده و روایی خارجی آن ۸۶ درصد گزارش شده است [۱۹،۱۸].

شرح مختصری از محتوای جلسات آموزشی:

جلسه اول: آشنایی با افراد شرکت‌کننده، ارائه شرح مختصری از بیماری دوقطبی، توضیح مفهوم آموزش روانی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد، نقش و اهمیت خانواده‌ها در کاهش هیجانات ابراز شده و طبیعتاً کاهش معضلات خانواده و دیگران،

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-10]

نقش هیجانات منفی که از تعامل نادرست خانواده با فرد بیمار ایجاد می‌شود و تبعات آن، و پاسخ به سوالات مراجعین؛ جلسه دوم: توضیح مختصری از تعریف بیماری دوقطبی، علائم، دوره‌های مختلف و اشاره‌ای به آمار شیوع و بروز آن، پیامدهای عدم درمان صحیح، اهمیت نحوه برخورد خانواده و مراقبین بیمار در کاهش هیجان به‌وجود آمده در بیمار و آثار ناشی از آن؛ جلسه سوم: توضیح و تشریح مفهوم آموزش روانی، تبیین این مفهوم که آگاهی و شناخت خانواده از مسائل روانی نقش به‌سزایی در کنار آمدن و پذیرش بیمار دارد و هم‌چنین عدم آگاهی روانی ریشه بسیاری از مشکلات خانواده‌ها در برخورد با تجارب ذهنی و سبک زندگی آنهاست؛ جلسه چهارم: در این جلسه آشنایی با مفاهیم و رویکرد پذیرش و تعهد که یک درمان رفتاری است و از مهارت‌های خاصی مانند مهارت ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری و کاهش هیجانات منفی استفاده می‌شود، صورت پذیرفت؛ جلسه پنجم: در این جلسه تلاش شد مراجعین بیاموزند که پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) خود را افزایش دهند تا درنهایت اعمال کنترلی ناموثر و نامطلوب و آسیب‌زا کاهش یابد؛ جلسه ششم: این جلسه با مرور تکالیفی که جهت انجام در منزل در جلسه قبل مطرح شده بود آغاز شد. در این جلسه به فراگیران کمک شد تا ارزش‌های شخصی خود را بشناسند و این ارزش‌ها را به‌شکل واضح به اهداف رفتاری خود تبدیل کنند؛ جلسه هفتم: هدف این جلسه تداوم جهت‌گیری نسبت به ذهن‌آگاهی و ارائه شیوه‌های عملی بیشتر برای پرورش گسلش بود. آموزش به مراجعین در مورد اینکه چگونه مهارت‌های خود را مشاهده و توصیف کنند و آموزش اینکه چگونه مهارت‌های خود را به‌کار گیرند و با به‌کارگیری آن تمرکز بر رفتار خود را افزایش دهند نیز انجام گرفت؛ جلسه هشتم: آموزش اقدام متعهدانه، طرح‌ریزی اهداف براساس ارزش‌ها و تلاش متعهدانه برای رسیدن به آن، آموزش ایجاد انگیزه جهت عمل متعهد: یعنی به فرد آموزش دهیم به‌دنبال پذیرش متعهد به فعالیت‌های از پیش تعیین‌شده بپردازد، جهت‌گیری بر مبنای پذیرش مشکل و تعهد برای همکاری درمانی با روش‌های آموزش، افزایش آستانه تحمل با آموزش مهارت‌های زندگی و مورد در بحران؛ جلسه نهم: آموزش داشتن ذهنی باز: یعنی دنیا و زندگی را سیاه یا سفید ندیدن، جرات برخورد با واقعیت‌ها، آموزش و انجام تمرینات تنفس آگاهانه، غذا خوردن آگاهانه و دادن تکلیف منزل؛ جلسه دهم: تاکید بر تداوم استفاده از روش علمی و کاربردی آموزش روانی مبتنی بر پذیرش، ارائه و مرور مطالب آموزش داده‌شده [۲۰]. مطالعه حاضر در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی با شماره IRCT2017010331740N1 ثبت شده است. در این مطالعه اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ و آزمون‌های آماری t، Leven، کولموگروف–اسمیر–نوف و کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

در این مطالعه میانگین سنی افراد ۴/۰۸±۳۳/۶۷ سال به‌دست آمد. از نظر تحصیلات ۱۱ نفر (۲۷/۵ درصد) در سطح راهنمایی، و ۲۰ نفر (۵۰ درصد) دبیرستان بود و ۹ نفر (۲۲/۵ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند، ۲۲ نفر از مراقبین زن (۵۵ درصد) و ۱۸ نفر (۴۵ درصد) مرد بودند، ۲۱ نفر (۵۲/۵ درصد) متاهل و ۱۹ نفر (۴۷/۵ درصد) مجرد بودند، ۲۲ نفر (۵۵ درصد) شاغل و ۱۸ نفر (۴۵ درصد) خانه‌دار بودند. پیش از انجام آنالیز آماری، طبیعی بودن توزیع نمره هیجان ابرازشده با آزمون کولمو–گروف–اسمیرنوف مورد بررسی قرر گرفت. باتوجه به معنی‌دار نشدن آزمون (P=۰/۲۵) و درنتیجه نرمال بودن متغیر وابسته آزمون‌های پارامتریک انجام شد. پیش از انجام آزمون t برابری واریانس‌ها با آزمون Leven مورد بررسی قرار گرفت که نتیجه آن عدم تفاوت معنی‌دار واریانس در گروه‌های مورد مقایسه بود (P=۰/۴۶). بر اساس یافته‌های به‌دست آمده بین میانگین نمرات هیجان ابرازشده قبل و پس از مداخله تفاوت معنی‌داری به‌دست آمد که نتایج آن در جدول شماره ۱ ارائه شده است. به‌منظور بررسی تفاوت زیرمقیاس‌های هیجان ابرازشده قبل و پس از مداخله آنالیز کوواریانس (ANCOVA) با رعایت مفروضات انجام شد. براساس یافته‌های آنالیز کوواریانس پس از کنترل مقادیر اولیه زیرمقیاس‌های هیجان ابرازشده قبل از مداخله و پس از مداخله بین زیرمقیاس‌های مختلف تفاوت معنی‌دار وجود داشت؛ بدین معنا که آموزش صورت گرفته منجر به کاهش معنی‌دار سطح هیجان ابرازشده پس از مداخله گردیده و هم‌چنین تفاوت مشاهده شده پس از مداخله برحسب زیرمقیاس‌های پرسشنامه به‌کارگیری شده متفاوت بود؛ به‌گونه‌ای که بیشترین پاسخ مربوط به زیرمقیاس تحمل و انتظار بود و کمترین پاسخ مربوط به پاسخ هیجانی بود؛ جزئیات این موارد در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۱- توزیع میانگین و انحراف معیار نمرات هیجان ابراز شده قبل و پس از مداخله

مرحله آزمون	قبل از مداخله $\overline{X} \pm SD$	پس از مداخله $\overline{X} \pm SD$	P
هیجان ابراز شده	۱۲۶/۸±۱۹/۵۶	۱۰۴/۴±۲۰/۴۲	$P<$۰/۰۰۱

Paired t-Test

جدول شماره ۲- توزیع میانگین نمرات زیرمقیاس‌های هیجان ابرازشده قبل و پس از مداخله براساس آزمون کوواریانس

زیرمقیاس	مراحل پژوهش	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
نگرش منفی	پیش از مداخله	۶۱۶/۲۲	۶۱۶/۲۲	۶/۵۸	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۷
	پس از مداخله	۴۴/۱	۵۷۲/۱۲	۰/۴۳		۰/۰۱	۰/۱
تحمل و انتظار	پیش از مداخله	۴۴/۱	۴۴/۱	۰/۳۴	۰/۰۲	۰/۰۰۹	۰/۰۹
	پس از مداخله	۷۴۸/۲۲	۷۰۴/۱۲	۶/۱۷		۰/۱۴	۰/۶۸
مزاحمت و مداخله‌گری	پیش از مداخله	۶۸۰/۶۲	۶۸۰/۶۲	۷/۳۸	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۷۵
	پس از مداخله	۱۳۳/۲۲	۵۴۷/۴	۱/۷۵		۰/۰۴	۰/۲۵
پاسخ هیجانی	پیش از مداخله	۱۱۳۴/۲۲	۱۱۳۴/۲۲	۲/۲۳	۰/۰۲	۰/۰۵	۰/۳۱
	پس از مداخله	۷۴۸/۲۲	۳۸۶	۶/۱۷		۰/۱۴	۰/۶۸

بحث

یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که سطح هیجان ابراز شده در خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی پس از انجام آموزش به شکل معنی‌داری کاهش پیدا کرده است. هم‌چنین، کاهش سطح هیجان ابرازشده در تمامی چهار زیرمقیاس نگرش منفی، تحمل و انتظار، مزاحمت و مداخله‌گری و پاسخ هیجانی معنی‌دار بوده است. هرچند، در مطالعات متعددی مشاهده شده است که آموزش روانی خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روانی می‌تواند منجر به افزایش دانش نسبت به بیماری، افزایش پشتیبانی خانواده، کاهش بار وارد بر خانواده، افزایش کارآیی فرد و کاهش تعداد دوره‌های عود بیماری شود [۲۵-۲۱]، اما مطالعات انجام شده در زمینه تاثیر آموزش روانی (به‌شکل عام) و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (به‌شکل خاص) بر تنظیم ابراز عواطف و هیجانات ابرازشده در بین خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اختلالات روانی محدودند و نتایج متفاوتی از این مطالعات گزارش شده است. تا زمان نگارش این متن تنها یک مطالعه به بررسی نقش آموزش روانی بر سطح هیجان ابرازشده در خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی پرداخته است. در مطالعه‌ای که توسط Honing و همکاران روی خانواده بیماران دوقطبی انجام پذیرفته است، مشخص شد که آموزش روانی خانواده موجب کاهش چشمگیر سطح هیجان ابراز شده نسبت به گروه کنترل می‌شود و به‌دنبال این آموزش‌ها میزان نیاز به بستری بیماران کاهش داشته است [۲۶]. در مطالعه دیگری که روی خانواده‌ی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در ژاپن انجام شده است، مداخله به روش آموزش روانی خانواده موجب کاهش معنی‌دار سطح هیجان ابراز شده در خانواده شده است [۲۷]. در تناقض با مطالعات ذکر شده در یک مطالعه آینده-نگر مشاهده شد که آموزش‌های روانی خانواده تاثیری در کاهش سطح هیجان ابرازشده و بار وارده بر خانواده بیماران مبتلا به سایکوز ندارد [۲۸]. در تنها مطالعه‌ای که به آموزش روانی خانواده بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی بر مبنای رویکرد پذیرش در سال ۲۰۰۸ انجام شده است، نتایج کاملا متناقضی در مقایسه با مطالعه حاضر گزارش شده است. در این مطالعه ۲۸ خانواده در یک یا دو جلسه تحت آموزش روانی مبتنی بر پذیرش قرار گرفتند و یک هفته پس از اتمام جلسات آموزشی از نظر اجزای هیجان ابرازشده در خانواده بررسی شدند؛ هرچند که اطلاعات خانواده‌ها نسبت به اختلال دوقطبی تغییر محسوس داشت، اما سطح خشم، سرزنش و میزان انتقادات بی‌تغییر باقی ماند [۱۴]. اختلاف در نتیجه مشاهده شده در دو مطالعه را می‌توان به سه عامل ارتباط داد. اولین عامل کوتاه و مختصر بودن دوره آموزش در مطالعه Eisner و همکارانش است که امکان موثر بودن آن را در تغییر نگرش و رفتار مخاطبین کاهش می‌دهد؛ عامل دیگر متفاوت بودن ابزارهای سنجش سطح هیجان ابرازشده در دو مطالعه است؛ و سومین عامل را می‌توان به جامعه کوچک مورد بررسی ارتباط داد. هرچند مطالعات مرتبط در این زمینه اندک است، اما با مرور بخش‌های مختلف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان علت موثر بودن این روش را در کاهش هیجان ابرازشده تبیین نمود. در این روش ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-10]

کاهش پیدا کند. به فرد آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است، یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی و در جهت حذف آن، به‌طور کامل پذیرفت. در مرحله دوم از آموزش بر آگاهی روانی فرد در لحظه افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در سومین مرحله فرد از تجارب ذهنی جدا می‌شود و مستقل از آن عمل می‌کند. مرحله چهارم منجر به کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی شرایط دیگری بودن) می‌شود. در مرحله پنجم فرد ارزش‌های شخصی خود را می‌شناسد و در نهایت در ششمین مرحله انگیزه رفتار متعهدانه برای فعالیت‌های معطوف به اهداف مشخص ایجاد می‌شود. در مراحل شش‌گانه‌پذیرش و تعهد چهار جزء هیجان ابرازشده یعنی نگرش منفی، تحمل و انتظار، مزاحمت و مداخله‌گری و پاسخ هیجانی تحت تاثیر قرار می‌گیرند. پذیرش تجارب ذهنی منجر به کاهش نگرش منفی نسبت به بیمار خواهد شد. آگاهی روانی فرد در لحظه از بروز مزاحمت و مداخله‌گری و پاسخ‌های هیجانی خواهد کاست. جدایی از تجارب ذهنی و کاهش تمرکز بر خودتجسمی به‌عنوان قربانی شرایط سطح انتظار از بیمار و سایر افراد خانواده را کاهش می‌دهد. شناسایی ارزش‌های شخصی و رفتار متعهدانه ضمن ایجاد مسئولیت کمک به بهبود شرایط خانواده و بیمار (به‌عنوان یک ارزش) رفتارهای مداخله‌گرانه را نسبت به بیمار کاهش می‌دهد. کاهش سطح هیجان ابراز شده منجر به کاهش شدت اختلال فرد بیمار شده و در نتیجه رفتارهای بیمار که منجر به برانگیختن سایر اعضای در راستای ابراز هیجانات می‌شود، کاهش می‌یابد [۲۹]. در مورد نقاط قوت و ضعف مطالعه حاضر می‌توان به استفاده از روش آموزش روانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان روشی جدید در درمان خانواده بیماران مبتلا به اختلال روانی مزمن و ایجاد تنوع در روش‌های درمانی به‌عنوان یکی از نقاط مثبت مطالعه اشاره کرد. از طرفی نبود گروه کنترل در این پژوهش که از قدرت تعمیم پذیری مطالعه می‌کاهد و هم‌چنین عدم پیگیری بیماران جهت بررسی میزان عود بیماری پس از انجام مداخله، از محدودیت‌های آن می‌باشد و پیشنهاد می‌شود محققان در پژوهش‌های آتی خود محدودیت‌های مطالعه حاضر را لحاظ نموده و برطرف نمایند.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های مطالعه حاضر، آموزش روانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر کاهش میزان هیجانات ابرازشده خانواده بیماران موثر باشد. بنابراین، می‌توان گفت برگزاری جلسات آموزش خانواده برای مراقبین بیماران، به‌خصوص بیمارانی که اولین بار در مراکز روانپزشکی بستری می‌شوند، در شناخت بیماری و پیشگیری از شدت علائم و عود اختلال دارای اهمیت می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بر گرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی به شماره ثبت ۸۳۴۱ می‌باشد. نویسندگان از تمامی خانواده‌های محترم بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی شرکت کننده در این مطالعه کمال تشکر را دارند و هم‌چنین از کارشناسان مشاور واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان‌های متینی و کارگرنژاد قدردانی می‌نمایند.

References:

[1] Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Doane JA, Nuechterlein KH, Strachan AM, Snyder KS, et al. Is expressed emotion an index of a transactional process? I. Parents' affective style. ***Fam Process*** 1989; 28(2): 153-67.
[2] Wuerker AM. Relational control patterns and expressed emotion in families of persons with schizophrenia and bipolar disorder. ***Fam Process*** 1994; 33(4): 389-407.
[3] Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. ***Arch Gen Psychiatry*** 1998; 55(6): 547-52.
[4] Amaresha AC, Venkatasubramanian G. Expressed emotion in schizophrenia: an overview. ***Indian J Psychol Med*** 2012; 34(1): 12-20.
[5] Hooley JM, Hiller JB. Personality and expressed emotion. ***J Abnorm Psychol*** 2000; 109(1): 40-4.
[6] Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. ***Br J Psychiatry*** 1992; 160: 601-20.
[7] Mottaghipour Y, Pourmand D, Maleki H, Davidian L. Expressed emotion and the course of schizophrenia in Iran. ***Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*** 2001; 36(4): 195-9.
[8] Khanipour H, Golzari M, Shams J, Zare H, Karamlou S. Relationship Between Shame Attitude Towards Mental Disorders and Expressed Emotion in Family Members of People with Bipolar and Schizophrenia. ***J Famil Res*** 2013; 9(2): 241-54.
[9] Pompili M, Harnic D, Gonda X, Forte A, Dominici G, Innamorati M, et al. Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. ***World J Psychiatry*** 2014; 4(1): 1-12.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-10]

[10] Wyatt RJ, Henter I. An economic evaluation of manic-depressive illness--1991. ***Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*** 1995; 30(5): 213-9.
[11] Dilsaver SC. An estimate of the minimum economic burden of bipolar I and II disorders in the United States: 2009. ***J Affect Disord*** 2011; 129(1-3): 79-83.
[12] Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. ***J Affect Disord*** 2001; 67(1-3): 147-58.
[13] Khazaeili M, Bolhari J. Effect of group training families of schizophrenia patients on the compatibility of everyday functioning. ***Iran J Psychiatry Clin Psychol*** 1996; 2(4): 56-64. [in Persian]
[14] Eisner LR, Johnson SL. An acceptance-based psychoeducation intervention to reduce expressed emotion in relatives of bipolar patients. ***Behav Ther*** 2008; 39(4): 375-85.
[15] Dashtbozorgi B, Ghadirian F, Khajeddin N, Karami K. Effect of family psychoeducation on the level of adaption and improvement of patients with mood disorders. ***Iran J Psychiatry Clin Psychol*** 2009; 15(2): 193-200.
[16] Ghasemi Gh, Najmi B, Asadollahi Gh. The comparison of family psychoeducational intervention on social function of patients with schizophrenia and mood disorder. ***J Isfahan Med Sch*** 2000; (1): 52-9.
[17] Cole JD, Kazarian SS. The level of expressed emotion scale. ***J Clin Psychol*** 1988; 44(3): 392-7.
[18] Dehghani SH. [Expressed emotion and sexuality]. ***J Fundam Ment Health*** 2003; 6(19-20): 84-91. [in Persian]
[19] Graell M. The spanish validation of level of expressed emotion scale for relatives of people with eating disorders. ***Span J Psychol*** 2012; 15(2): 825-39.
[20] Bach P, Hayes SC. The use of Acceptance and Commitment therapy to prevent the rehospitalisation of psychotic patients: A randomized controlled trial. 2002. ***J Consul Clin Psychol*** 70(5): 1129-39.
[21] Abramowitz IA, Coursey RD. Impact of an educational support group on family participants who take care of their schizophrenic relatives. ***J Consul Clin Psychol*** 1989; 57(2): 232–6.
[22] Cozolino LJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, West KL, Snyder KS. The impact of education about schizophrenia on relatives varying in expressed emotion. ***Schizophr Bull*** 1988; 14(4): 675–687.
[23] Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. ***Schizophr Bull*** 2000; 26(1): 5–20.
[24] Pitschel-Walz G, Leucht S, Baeuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis. ***Schizophr Bull*** 2001; 27(1): 73–92.
[25] Solomon P, Draine J, Mannion E, Meisel M. Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. ***Schizophr Bull*** 1996; 22(1): 41–50.
[26] Honig A, Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. ***Psychiatry Res*** 1997; 72(1): 17-22.
[27] Shimodera S, Inoue S, Mino Y, Tanaka S, Kii M, Motoki Y. Expressed emotion and psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled study in Japan. ***Psychiatry Res*** 2000; 96(2): 141-8.
[28] González-Blanch C, Martín-Muñoz V, Pardo-García G, Martínez-García O, Alvarez-Jiménez M, Rodríguez-Sánchez JM, et al. Effects of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis: a prospective observational study. ***Span J Psychol*** 2010; 13(1): 389-95.
[29] Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. ***Behav Res Ther*** 2006; 44(1): 1-25.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-10]