

## اثربخشی خانواده درمانی ساختاری بر کاهش نشانگان اختلال وسواس فکری- عملی<sup>۱</sup>

امید مرادی<sup>۲</sup>

دریافت مقاله: ۲۵ دسامبر ۲۰۱۷، پذیرش مقاله: ۳۰ فوریه ۲۰۱۷

افکار مزاحم و رخنه کننده و اعمال تکراری، از ویژگی های افراد مبتلا به وسواس فکری- عملی است که مشکلات متعددی را برای بیماران ایجاد می کند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری بر کاهش نشانگان اختلال وسواس فکری- عملی بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل، ۲۴ نفر از بیماران با تشخیص وسواس فکری- عملی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهرستان سنندج همراه با خانواده های آنها به صورت نمونه ی داوطلب، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ی ۶۰-۴۵ دقیقه ای به صورت خانوادگی، تحت خانواده درمانی ساختاری قرار گرفتند ولی گروه کنترل هیچ مداخله ی روان شناختی دریافت نکرد. گروهها قبل و بعد از مداخله از نظر میزان وسواس فکری- عملی مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل مانکوا نشان داد که خانواده درمانی ساختاری به طور معناداری مولفه های وسواس های آلودگی اجاره های شست و شو، اجاره های نظم و ترتیب، اجاره های واریسی، افکار وسواسی آسیب به خود و دیگران، افکار وسواسی خشونت و تکانه های وسواسی آسیب به خود و دیگران را کاهش داده است. این پژوهش، نقش و تاثیر محیط خانواده در ایجاد و تشدید اختلالات روانی به خصوص اختلال وسواس فکری- عملی را در رابطه با کاهش نشانگان اختلال وسواس فکری- عملی مورد تایید قرار داد.

**واژه های کلیدی:** خانواده درمانی ساختاری، وسواس فکری- عملی

### مقدمه

اختلالات روانی، یکی از شایع ترین بیماری های جامعه ی کنونی است که به موجب آن رفتار انسان در برخورد با محیط اطراف و حتی خود فرد، دچار مشکل می شود. یکی از انواع اختلال های روانی اختلال وسواس فکری- عملی است. این اختلال با عناوین مختلفی از قبیل حالت وسواسی، نوروز یا بیماری وسواسی و اختلال وسواسی- جبری معرفی شده است (گریسون، فوآ، استکتی، ۲۰۰۲). اختلال

۱. این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی است که با حمایت مالی معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج انجام گرفته است.

۲. دپارتمان روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، سنندج، ایران moradiama@gmail.com

وسواسی- جبری یا اختلال وسواس فکری - عملی مساله‌ای است که به وسیله ی افکاری تکراری و مقاوم، اجبارها و رفتارهای تکراری مشخص می شود. اکثر افراد مبتلا، هر دو علائم وسواس های فکری و عملی را باهم دارند. اینها اموری لذت بخش یا ارادی نیستند، آنها سرزده و ناخواسته هستند و در اکثر افراد نگرانی و اضطراب ایجاد می کنند. افراد تلاش می کنند که این وسوسه ها را نادیده بگیرند یا آنها را سرکوب کنند (با بازداری کردن و استفاده از سرکوب فکر)، یا با فکر یا عمل (مانند ایجاد یک تکانه) دیگری آنها را خنثی سازند (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳).

راچمن و داسیلو (۱۹۷۸) و سالکوفس کیس و هاریسون (۱۹۸۴) عقیده دارند که ویژگی های وسواسی - جبری غیر بالینی و اختلال وسواسی- جبری بالینی روی پیوستاری از خفیف تا شدید قرار می گیرد (از روحانی، ۲۰۱۶).

افکار وسواسی صرفا نگرانی هایی به خاطر مشکلات زندگی نیستند. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- جبری از غیر منطقی بودن وسواسهایش آگاهی دارد و این وسواس های فکری یا عملی را خود- ناهمخوان<sup>۱</sup> (ایگو دیستونیک) می یابد (کاپلان، ۲۰۰۷). میزان شیوع یکساله ی OCD در ایالات متحده ۱/۲ درصد و مشابه شیوع بین المللی (از ۱/۱ الی ۱/۸ درصد) است. زنان در بزرگسالی اندکی بیشتر از مردان تحت تاثیر قرار می گیرند اگر چه که مردان معمولا در کودکی تاثیر می پذیرند (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم، ۲۰۱۳).

میزان شیوع در ایران هم از ۱۱/۷٪ تا ۴۳/۲٪ برآورد شده است (هاشم لو، صفرعلیزاده، باقریه و متعارفی، ۲۰۱۳؛ به نقل از پورا براهیمی، امیر تیموری و بنی اسدی، ۲۰۱۶). میانگین سن شروع OCD، ۱۹/۵ سال است و ۲۵ درصد موارد از ۱۴ سالگی شروع می شود. شروع پس از ۳۵ سالگی غیر عادی است اما، وجود دارد. مردان نسبت به زنان شروع زودتری دارند و حدود ۲۵ درصد مردان شروع قبل ۱۰ سالگی دارند. برای پیدایش و تداوم نشانگان اختلال های روانی از جمله OCD علل متعددی مانند عوامل ژنتیکی (ون گروتیست، ۲۰۰۷) و خانوادگی (کوستینو، فاراسی، کودا، آنجلو و همکاران، ۲۰۱۵؛ رانشاو، ۲۰۰۵؛ قلی زاده، بیرامی، فرنام، ایمانی، پیرزاده، ۲۰۱۱؛ مهرابی زاده هنرمند، داودی، شکر کن، نجاریان، ۲۰۰۶؛ محمدی مصیری، حاجلو، ابوالقاسمی، ۲۰۱۶) را مطرح کرده اند. واکنش های رفتاری و هیجانی خانواده به نشانگان وسواسی بیمار، هم در ایجاد و هم در تداوم و شدت یافتن اختلال موثر است (ون نوپن و استیکیت، ۲۰۰۳). شانه های اختلال بیشتر در جو و محیط خانواده ظاهر

شده و این امر هم به شیوه ی متقابل منجر به اختلال بیشتر در خانواده می شود (آلبرت، بوگتو، ساراسو، براناتو، ماتایکس، ۲۰۱۰). عملکرد و ساختار خانواده می تواند در ایجاد و تداوم اختلال نقش مهم تری داشته باشد (اریک، گری، لیزا، مارنی و همکاران، ۲۰۰۷؛ کوسنتینو و همکاران، ۲۰۱۵). امروزه، خانواده را به عنوان یک سیستم اجتماعی و ارتباطی تعریف می کنند که سلامت آن و به تبع سلامت جامعه، بازتابی از عملکرد مناسب اعضای آن تلقی می شود (کومینگز و دیویس، ۲۰۰۲). آزمایش ها نشان داده است، در خانواده هایی که یک عضو بیمار وجود دارد، الگوهای ارتباط، خشک تر و نامتعطف تر است. در خانواده هایی که بن بست مضاعف وجود دارد، ارتباط دارای چند سطح است. آنچه آشکارا در یک سطح از فرد خواسته می شود، در سطح دیگری به صورت پنهان نفی یا نقض می شود و فرد در تنگنا یا بن بست قرار می گیرد. تنها راه پاسخ به چنین ارتباطی، طرح غیرممکن بودن آن، به مسخره گرفتن آن و یا ترک صحنه است اما، اگر هیچ یک از این سه راه ممکن نباشد و سردرگمی به ذهن دریافت کننده ی پیام تحمیل شود، فرد دچار مشکل جدی می شود و احتمال بروز رفتار غیر عادی در او بیشتر است (مینوچین، ۱۹۷۴؛ ثنایی، ۲۰۰۱). ایده ی اصلی خانواده درمانی ساختاری این است که نشانه ی مرضی فرد هنگامی که در بافت الگوهای تعاملی خانواده ارزیابی شود، بهتر قابل درک و شناخت است (تامپسون و رادلف، ۲۰۰۲). تاکید بر خانواده به عنوان یک کل و تعاملات بین زیر منظومه های خانواده، مهمترین ملاک عملکرد سالم و کار کردی زیر منظومه ها، برخورداری از مرزهای روشن مبتنی بر نقشها، قواعد و قدرت است (نیکلز و شوارتز، ۲۰۰۴) که خانواده درمانی ساختاری در آن راستا عمل می کند. تحقیقات متعدد در زمینه ی اثربخشی خانواده درمانی بخصوص خانواده درمانی ساختاری بر کاهش اختلالات روانی- رفتاری نشان از اثربخشی آن بوده است (موسوی، مرادی، مهدوی هرسینی، ۲۰۰۵؛ کجیاف، عریضی، امیری، کهنوجی، ۲۰۱۱؛ موسوی، محمد خانی، کاویانی، دلاور، ۲۰۰۶؛ خدایاری فرد و پرنده، ۲۰۰۶؛ ادموند، ۲۰۰۳؛ وود، پایستینی، ساوسم جرو و سیگمن ۲۰۰۶؛ لوک، گرانک، فورسبرگ و هول، ۲۰۰۶؛ کار، ۲۰۰۹). با توجه به مطالب ذکر شده و مسایل و مشکلاتی که اختلال وسواس فکری- عملی برای فرد و خانواده ایجاد می کند، پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این سوال بود که آیا خانواده درمانی ساختاری بر کاهش نشانگان وسواس فکری- عملی موثر است؟

## روش

این تحقیق یک پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه ی آماری پژوهش حاضر، شامل بیماران با تشخیص وسواس فکری- عملی مراجعه کننده به مراکز درمانی

شهرستان سنندج و خانواده های آنها بود که از این جامعه، ۲۴ بیمار مبتلا به اختلال وسواس به شیوه ی نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. معیارهای ورود عبارت بود از: داشتن حداقل تحصیلات دوره ی متوسطه، نداشتن اختلال دوقطبی روان پریشی، وابستگی به مواد و افسردگی اساسی، رضایت و همکاری خانواده ی بیماران برای شرکت در جلسات و همراهی کردن با بیمار. برای رعایت مسایل اخلاقی، به اعضای نمونه اطلاع رسانی شد که جلسات مداخله ای جهت انجام یک کار پژوهشی بوده و تمامی مطالب به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و سپس از اعضای نمونه رضایت نامه ی شرکت در جلسات گرفته شد. گروه آزمایشی طی هشت جلسه، خانواده درمانی ساختاری مینوچین را دریافت کرد. گروهها قبل و بعد از مداخله با مقیاس اندازه گیری وسواس فکری- عملی پادوا<sup>۱</sup> مورد آزمون قرار گرفتند.

پرسش نامه ی اندازه گیری میزان وسواس فکری- عملی پادوا با ۳۹ ماده، گرایش فرد برای نگرانی و تردید (وسواس های فکری) و انجام رفتارهای عمدی تحت آن تردیدها (وسواس های عملی) در هشت حیطه ی وسواس های آلودگی، اجبارهای شست و شو، اجبارهای نظم و ترتیب، اجبارهای واری، افکار وسواسی آسیب به خود و دیگران، افکار وسواسی خشونت، تکانه های وسواسی آسیب به خود و دیگران، تکانه های وسواسی دزدی را می سنجد (ساناویو، ۱۹۸۸؛ از رجبی، ۲۰۰۷). اشتربنرگر و بارنس (۱۹۹۱)، بیسروگلا، یوس آگارگان، بویسان، آیرینوس و همکاران (۲۰۰۵) همسانی درونی این مقیاس را تایید کرده اند (از رجبی، ۲۰۰۷). رجبی (۲۰۰۷) اعتبار و پایایی این آزمون را در نمونه ی ایرانی تایید کرده است.

به دلیل داشتن دو مرحله پیش آزمون- پس آزمون و اینکه چند متغیر با مقیاس فاصله ای وجود داشت و همچنین برای حذف اثر پیش آزمون در تجزیه و تحلیل داده های پژوهش، بعد از تایید مفروضه های استفاده از این آزمون، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### شیوه ی اجرا

آزمودنی ها پس از اخذ رضایت کتبی طی هشت جلسه، خانواده درمانی ساختاری مینوچین (۱۹۷۴) را دریافت کردند. سرفصل و محتوای جلسات برگزار شده درمان بر روی گروه آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است.

## جدول ۱. سرفصل محتوای جلسات خانواده درمانی ساختاری

جلسه	محتوای جلسات
اول	ایجاد و تشکیل رابطه ی درمانی مناسب، بیان و تعریف مشکل از دیدگاه خود فرد و خانواده، مشخص نمودن نشانه ها و زمان های بروز و تشدید مشکل، تشخیص مشاور از مشکل مراجع و سرانجام دستیابی به دیدگاه مشترک میان مشاور و مراجع و ارایه ی تکلیف در خصوص مشخص نمودن زمان و نشانه های بیماری
دوم	بررسی تکلیف جلسه ی قبل، استفاده از فنون الحاق، شناسایی جنبه های مختلف شناختی، رفتاری، هیجانی و خانوادگی و سواس فکری- عملی، بیان دیدگاه اعضای خانواده در خصوص فرد دچار نشانگان و سواس یا بیمار معلوم، مشخص نمودن نحوه ی ارتباط با اعضای خانواده و ارایه ی تکلیف در خصوص تعاملات مستقیم و مساله مدار در خانواده
سوم	مرور تکلیف جلسه ی قبل در خصوص نحوه ی ارتباط و تعاملات بین اعضای خانواده، مشخص نمودن ساختار خانواده و جایگاه قدرت، مشخص نمودن تعیین سلسله مراتب خانواده، مشخص نمودن مثلث های آسیب زا در خانواده، تعیین وضعیت بیمار معلوم و اینکه در کجا قرار دارد. تعیین تکلیف برای مشخص نمودن مثلث های خانواده
چهارم	مرور تکلیف جلسه ی قبل و دادن بازخورد در خصوص موارد آسیب زا، بازسازی و تغییر خانواده، رفع و اصلاح مثلث های سخت با فنون مرزسازی، تضعیف مرزها، نامتوازن سازی، مشخص نمودن زیر منظومه های خانواده، آموزش روش های مقابله ای موثر برای حل تعارض های موجود بین زوجین، تعیین نقش های اعضا در زیر منظومه ها، تعیین تکلیف در خصوص انتظارات اعضا از هم، نقش ها و مرزبندی ها
پنجم	مرور تکلیف جلسه قبل، کار روی تغییر مثلث ها، مرزبندی ها و نقش های اعضاء، تاکید روی راههای مختلف انتخاب در خانواده، تصحیح الگوهای رفتاری مختل، باز آفرینی کانال های ارتباط، تغییر الگوهای مختل، تمرین برای حل مشکلات خانواده در جلسه با نقش بازی کردن و تعیین تکلیف در خصوص مشخص کردن بی راهه روی ها در خانواده
ششم	مرور تکلیف جلسه ی قبل، ادامه ی استفاده از فنون بازسازی و تغییر خانواده از جمله به فعل در آوردن الگوها، ترسیم مرزها و تشدید استرس، تعیین تکلیف در خصوص ایجاد و تمرین الگوهای مرادبه ای
هفتم	مرور تکلیف جلسه ی قبل، ادامه ی بازسازی و تغییر خانواده با استفاده از فنون علایم مرضی، تاکید زدایی از نشانه ی مرضی در مدت مداخله ی درمانی، دستکاری روحیه و حمایت تعلیم و راهنمایی، انجام تمرین در جلسه برای یادگیری و تفهیم فنون، تعیین تکلیف
هشتم	مرور تکلیف جلسه ی قبل، بازنگری مطالب و یادگیری های جلسات قبل، شناسایی مشکلات و موانع پیشروی تغییرات، بازگذاشتن جلسات درمان در زمان بازگشت مشکل، جمع بندی و اجرای پس آزمون

## یافته ها

تجزیه و تحلیل یافته ها روی ۲۴ نفر گروه نمونه (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) انجام گرفت. در هر گروه ۵ نفر مرد و ۷ نفر زن وجود داشت. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۳/۳۳ و گروه کنترل ۳۴/۷۵ سال بود. از لحاظ شغلی، در گروه آزمایش ۲ نفر شغل آزاد، ۴ نفر کار دولتی و ۶ نفر

بیکار بودند. در گروه کنترل هم ۵ نفر بیکار، ۳ نفر کار دولتی و ۴ نفر هم شغل آزاد داشتند. اطلاعات توصیفی بدست آمده از متغیرهای پژوهش در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی خرده مقیاس های متغیر وسواس فکری- عملی در گروههای آزمایش و کنترل

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیرها
Sd	X	Sd	X		
۳/۰۱	۶/۱۷	۳/۷۸	۱۲/۰۸	آزمایش	وسواس های آلودگی
۴/۴	۸/۹۱	۵/۲۹	۹/۸۳	کنترل	
۱/۹۸	۲/۹۲	۳/۰۶	۶/۰۸	آزمایش	اجبارهای شست و شو
۳/۱۵	۵/۵	۵/۸۹	۶/۱۷	کنترل	
۱/۷۸	۲/۵۸	۲/۴۶	۴/۶۷	آزمایش	اجبارهای نظم و ترتیب
۳/۱۷	۴/۶۷	۲/۷۳	۴/۲۵	کنترل	
۵/۴۴	۸/۷۵	۷/۸۷	۱۷/۵	آزمایش	اجبارهای واریسی
۵/۱۶	۱۳/۰۸	۷/۰۱	۱۳/۹۲	کنترل	
۱/۸۳	۲/۵۸	۲/۵	۶/۴۲	آزمایش	افکار وسواسی آسیب به خود و دیگران
۲/۹۰	۵/۴۱	۳/۲۳	۶/۰۸۳	کنترل	
۱/۳۱	۱/۰۸	۱/۶۲	۳/۴۲	آزمایش	افکار وسواسی خشونت
۱/۶۱	۲/۶۷	۱/۷۵	۳/۱۷	کنترل	
۱/۸	۱/۱۷	۲/۳۸	۲/۲۵	آزمایش	تکانه های وسواسی آسیب به خود و دیگران
۲/۰۸	۲/۱۷	۲/۷۲	۳/۱۷	کنترل	
۰/۸۹	۰/۳۳	۰/۰۰	۰/۰۰	آزمایش	تکانه های وسواسی دزدی
۰/۲۱	۰/۰۸	۰/۳۹	۰/۱۷	کنترل	
۱۲/۶۷	۲۵/۵۸	۱۴/۷۴	۵۲/۴۲	آزمایش	کل
۱۰/۰۶	۴۲/۵	۱۲/۶۲	۴۶/۷۵	کنترل	

نتایج حاصل از بررسی مفروضه ها نشان داد که مقادیر F محاسبه شده برای اثر پیلا در سطح ۰/۰۱ معنادار است، بنابراین حداقل بین یک جفت میانگین تفاوت معنادار وجود دارد؛ همچنین در بررسی مفروضه ی همگنی ماتریس های واریانس - کوواریانس، آزمون ام. باکس نشان داد که مفروضه ی همگنی ماتریس های واریانس - کوواریانس رعایت شده و بررسی مفروضه ی همگنی واریانس ها با آزمون لون نشان داد که تمامی متغیرها از همگنی واریانس ها برخوردار بوده و بنابراین استفاده از آزمون مانکوا بلا مانع است. جدول ۳، خلاصه ی نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره را نشان می دهد.

## جدول ۳. خلاصه ی اطلاعات تحلیل کواریانس چند متغیره

مقیاس	SS	df	MS	F	Sig.	eta
وسواس های آلودگی	۱۱۱/۶۷	۱	۱۱۱/۶۷	۷۱/۹۷۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳۷
اجارهای شست و شو	۴۸/۶۷	۱	۴۸/۶۷	۳۱/۰۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸۹
اجارهای نظم و ترتیب	۳۳/۳۹	۱	۳۳/۳۹	۱۴/۰۹۹	۰/۰۰۲	۰/۵۰۲
اجارهای وارسی	۲۲۴/۴۳	۱	۲۲۴/۴۳	۳۱/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹۵
افکار وسواسی آسیب به خود و دیگران	۳۱/۷۴	۱	۳۱/۷۴	۱۱/۹۶۸	۰/۰۰۴	۰/۴۶۱
افکار وسواسی خشونت	۱۸/۷۲	۱	۱۸/۷۲	۲۴/۷۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸
تکانه های وسواسی آسیب به خود و دیگران	۵/۲۲	۱	۵/۲۲	۶/۴۸۳	۰/۰۲۳	۰/۳۱۷
تکانه های وسواسی دزدی	۰/۹۹	۱	۰/۹۹۵	۳/۸۹	۰/۰۶۹	۰/۲۱۷

گروه (ابعاد وسواس فکری- عملی)

نتایج نشان داد که مقادیر F محاسبه شده در متغیر گروه، در تمامی مولفه های وسواس فکری- عملی به غیر از مولفه ی تکانه های وسواسی دزدی در سطح ( $P \leq 0/05$ ) معنادار است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری بر کاهش نشانگان وسواس فکری- عملی صورت گرفت. نتایج نشان داد که میانگین نمرات پس آزمون ابعاد وسواس فکری- عملی به غیر از تکانه های وسواس دزدی، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است. بدین معنا که نمره ی ابعاد وسواس فکری- عملی در افرادی که در جلسات خانواده درمانی ساختاری شرکت کرده بودند، کمتر از گروه کنترل شده بود. نتایج این پژوهش را می توان با نتایج تحقیقات موسوی، مرادی، مهدوی هرسینی (۲۰۰۵)؛ اسدی، شیرعلی پور، شکوری، محمد خانی (۲۰۱۲)؛ عبدالله زاده، جوانبخت و عبدالله زاده (۲۰۱۱)؛ موسوی و همکاران (۲۰۰۶)؛ قمری گیوی و رضایی (۲۰۱۲)؛ موسوی و همکاران (۲۰۰۵)؛ استکتی و ون نوپن (۲۰۰۳)؛ فریمن، گارسیا، کوین، الی و همکاران (۲۰۰۸)؛ رادومسکی، شفرین، راجمن و کافتی (۲۰۱۰)؛ باریت، فارل، دادس و بالتر (۲۰۰۵)؛ مختاری، بهرامی، پاداش، حسینیان و صولت زاده (۲۰۱۲)؛ کاسلو، بروث، اسمیت، کولینز (۲۰۱۲)؛ رستمی و فتحی آشتیانی (۲۰۱۵) و کار (۲۰۰۹) همسو دانست. از دیدگاه خانواده درمانی ساختاری، یکی از عوامل مهم ایجاد اختلالات روانی مثل وسواس علاوه بر وجود تعارضات بین

والدین و سایر اعضای خانواده، سرایت مشکلات زیر منظومه ی خانواده به همدیگر خصوصا به فرزندان و ایجاد مثلث های مختلف در روابط اعضای خانواده بالاخص والدین با کودک بیمار، می تواند موثر باشد. در واقع، اختلالاتی مانند اضطراب و وسواس در تشخیص گذاری انواع اشکالات ساختاری خانواده های مختل، به عنوان بخشی از مشکلات مرزی مزمن محسوب شده و ناشی از انتقال استرس های یک زیرمنظومه به سایر زیرمنظومه ها است. اگر یک زیرمنظومه، همواره از فرد معینی که عضو زیر منظومه ی آنها نیست برای نشر تعارضات زیرمنظومه ای استفاده کند، اوضاع مختلی بروز خواهد کرد. این وضع غالبا زمانی دیده می شود که والدین از یک فرزند برای منحرف کردن یا به بی راهه کشاندن تعارضات زن و شوهری استفاده می کنند. در این صورت مرز بین والدین و کودک نامشخص و بی رنگ شده و در این حالت والدین به تقویت بیماری کودک دامن می زنند. سپس برای مراقبت از او با هم متحد می شوند (مینوچین، ۱۹۷۴). پاسخ های رفتاری و عاطفی خانواده به علایم وسواس بیمار، در شدت این اختلال موثر است (ون نوین و استیکیت، ۲۰۰۳). نشانه های اختلال، اغلب در محیط خانه رخ داده و این امر منجر به آسیب در وضعیت زندگی می شود (آلبرت و همکاران، ۲۰۱۰) و در چنین شرایطی، هدف درمانگر بازسازی سازمان زیر منظومه ها بنابر الگوی عملکرد ولی-فرزندی است (مینوچین، ۱۹۷۴).

زمانی که خانواده از چرخه های زندگی خود در حال گذر است، می کوشد تعادل ظریف بین ثبات و تغییر را حفظ کند و هر چقدر خانواده کارکرد سالمتری داشته باشد، در طول دوره های انتقالی خانواده نسبت به تغییر گشوده تر است و بیشتر مایل است که متناسب با شرایط متغیر، ساختار خود را اصلاح کند. اولین هدف درمانگران ساختاری عبارتست از: تلاش فعالانه برای تغییر سازمان در خانواده بدکار و تصورشان بر این است که تغییرات رفتاری فردی و همچنین کاهش نشانه ها، به دنبال تغییر بستر تبادلات خانواده حادث خواهند شد. آنها استدلال می کنند که وقتی ساختار خانواده دستخوش تحول می شود، موضوع اعضای آن نیز تغییر می کند و به واسطه ی این امر، همه تغییر می کنند. بدین ترتیب اولین نقش درمانگر ساختاری آن است که شخصا عامل تغییر باشد، فعالانه با کل خانواده درگیر شود، چالشهایی به راه اندازد که تغییرات انطباقی را به وجود می آورند، هر گاه اعضای خانواده بکوشند که با پیامدهای حاصله کنار آیند، آنها را حمایت و رهبری می کند (کولا پنیو، ۱۹۹۱). بر اساس این دیدگاه، شکل کنونی بیمار ریشه در قواعد بدکار خانواده دارد، وقتی قواعد نامناسب یا محدود کننده تعویض شوند و اعضای خانواده از موضع ها و کارکردهای قالبی رها شوند، دیگر برای حفظ تعادل خانواده نیازی به علایم بیماری وجود ندارد و امری غیر ضروری به شمار خواهد آمد



(کولا پینتو، ۱۹۸۲)؛ در نتیجه سازماندهی مجدد خانواده احتمال ظهور نشانه های آینده را کاهش خواهد داد زیرا، برای تمامی اعضا و کل خانواده، فرصت ارتقای توان رشد و بالندگی افزایش می یابد. خانواده درمانی ساختاری برای درمان آسم روان تنی و دیابت نیز به طور موفقیت آمیزی به کار گرفته شده است (نیکولز و شوارتز، ۲۰۰۴).

از تمامی کسانی که در این پژوهش همکاری داشته اند، از جمله اعضای گروه آزمایش و کنترل همراه با خانواده هایشان، تشکر و قدردانی می شود.

#### References

- Abdolazade, F., Javanbakht, M., & Abdolazade, H. (2011). Comparison of the effects meta-cognitive therapy and pharmacotherapy in obsessive. *Journal of Medical Sciences University Sabzevar*, 18 (2), 110-118. (Persian).
- 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. *Journal of Psychiatry Research*, 179, 204-211.
- Asadi, M., Shir- Alipor, A., Shakori, Z., & Mohammad-Khani, Sh. (2012). Meta-analysis of the efficacy of cognitive-behavioral therapy in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Medical Sciences Shahid Sadoghi Yazd*, 20 (3), 396- 405. (Persian).
- Barrett, P., Farrell, L., Dadds, M., & Boulter, N. (2005). Cognitive-Behavioral Family Treatment of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder: Long-Term Follow-up and Predictors of Outcome AM. *ACAD. Child Adolesc. Journal of Psychiatry*, 44 (10), 1005- 1014.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45
- Colapinto, J. (1991). Structural family therapy. In A.S.6 urman 8 /D. P. Kniskern (eds), *Hand book of family therapy(vol.11)*. New York: Brunner/ Mazel.
- Colapinto, J. (1982). Structural Family Therapy. In A.M.Horne & M.M.Ohlsen(Eds), *Family Counseling and therapy*. itasca, IL:fe.Peacock.
- Cosentino, T., Faraci, P., Coda, D., Angelo, R. D., & et Al. (2015). Family accommodation in obsessive- compulsive disorder, a study associated variables. *Journal of Clinical Neuropsychiatry*, 12 (5), 128- 134.
- Cummings, E. M., & Davies, P.T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 31-63.
- Eric, A., Gary, R.G., Lisa, J. M., Marni, L. J., & et Al. (2007). Family Accommodation in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Vol. 36, No. 2, 207-216.
- Freeman, J.B., Garcia, A.M., Coyne, L., Ale, C., Przeworski, A., Himle, M., Compton, S., & Leonard, H.L. (2008). Early Childhood OCD: Preliminary Findings From a Family-Based Cognitive-Behavioral Approach: AM. *ACAD. Journal of Child Adolesc. Psychiatry*, 47 (5), 593- 602.
- Garrison, J., Fva, E.B., & Astky, G. (2003). *Obsession (2rd ed.)*. Translate by: AH, Mehryar (2003). Tehran: Roshd. (Persian).
- Ghamari- Givi, H., & Rezaei, H. (2012). Compare the effectiveness of Whittal cognitive models and thought stopping, in patients with obsessive. *Journal of Counseling and Psychotherapy culture*, 3 (9), 69- 86. (Persian).
- Gholizade, H., Bairami, M., Farnam, A.R., Emani, M., & Pirzadeh, J. (2011). Comparing family functions of patients with obsessive - compulsive healthy people. *Urmia Medical Journal*, 21 (4), 354- 360. (Persian).
- Kajbaf, M.B., Arizi, H.R., Amiri, Sh., & Kahnaji, R. (2011). The effectiveness of cognitive-behavioral family therapy and behavioral problems in children of Divorcing. *Journal of Shahed University*, 3 (4), 1-8. (Persian).
- Kaplan, H., & Virginia, S. (2007). Synopsis of psychiatry behavioral sciences (1th ed.). Translated by: Rezaei, F & Rafie, H (2008). Tehran: Arjemand. (Persian).
- Kaslow, N.J., Broth, M.R., Smith, Ch.O., & Collins, M.H. (2012). Family- based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38 (1), 82-100.

- Khodayari fard, M., & Parand, A. (2006). The impact of family therapy with an emphasis on cognitive behavior therapy for social anxiety in adolescents. *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 1 & 2, 123- 142. (Persian).
- Lock, J. Grange, L., Forsberg, S., & Hewell, K. (2006). Is family therapy useful for treating children with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1323-1329.
- Mehrabizade honarmand, M., Davodi, I., Shokorkon, H., & Najarian, B. (2006). The role of cognitive, personality, family history and stress in anticipation of Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Education and Psychology, University of shahid Chamran*, 1& 2, 27- 56. (Persian).
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Translated by: B, Sana'i Zakir (2001). Tehran: AmirKabir. (Persian).
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mohammadi masiri, F., Hajloo, N., & Abolghasemi, A. (2016). Family functioning relationship with social anxiety disorder mediated by shyness and difficulty in regulating emotions. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 10 (38), 7- 16. (Persian).
- Mokhtari, S., Bahrami, F., Padash, Z., Hosseinian, S., & Soltanizadeh, M. (2012). The Effect of Schema Therapy on marital satisfaction of couples with Obsessive-compulsive personality disorder (OCPD). *INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF CONTEMPORARY RESEARCH IN BUSINESS*, 3 (12), 207-225.
- Mousavi, M., Mohammad-Khani, P., Kaviani, H., & Delavar, A. (2006). The effectiveness of systemic-behavioral couple therapy on family functioning and self-esteem in women with dysthymia. *Journal of family Research*, 2 (5), 5- 19. (Persian).
- Mousavi, R., Moradi, A. R., & Mahdavi-Harsini, S.E. (2005). The effectiveness of structural family therapy in improving marital satisfaction in family functioning and strengthen families of children with separation anxiety disorder. *Journal of family research*, 1 (4), 321- 335. (Persian).
- Nichols, M.P., & Schwartz, R.C. (2004). "Family Therapy. Concepts and Methods", John wily. obsessive-compulsive disorder symptoms. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 10 (40), 27- 36. (Persian).
- Pourebrahimi, M., Amirteimuri, R., & Bani-Asadi, H. (2016). The effectiveness of meta-cognitive therapy, neurofeedback and fluvoxamine on anxiety, depression and symptoms of Obsessive compulsive disorder. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 10 (38), 37- 46. (Persian).
- Radomsky, A.S., Shafraan, R., Rachman, S., & Coughtrey, A.E. (2010). Cognitive-Behavior Therapy for Compulsive Checking in OCD. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 119-131.
- Rajabi, Gh.R. (2007). The validity of a questionnaire measuring Obsessive Compulsive Padua on freshmen of shahid Chamran University. *Journal of Mental Health*, 33 & 34, 43- 52. (Persian).
- Renshaw, K.D., Steketee, G., & Chambless, D.L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Journal of Cognitive and Behaviora Therapy*, 34, 164-175.
- Rostami, S., & Fathi-Ashtiani, A. (2015). The effect of family based cognitive-behavioral therapy on children's non-clinical anxiety. *Journal of Behaviora Science*, 9(3), 187-191. (Persian)
- Steketee, G., & Van Noppen, B. (2003). Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(1), 43-50.
- Thompson, C.L., & Rudolph, L.B. (2002). *Counseling Children"5th Edition"*, Wadsworth.
- Van Grootheest, D.S., Bartels, M., Cath, D.C., Beekman, A.T., Hudziak, J.J., & Boomsma, D.I. (2007). Genetic and environmental contributions underlying stability in childhood obsessive-compulsive behavior. *Journal of Biology Psychiatry*, 61, 308-315.
- Van Noppen, B., & Steketee, G. (2003). Family responses and multi-family behavioral treatment (MFBT) for obsessive compulsive disorder. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3, 231-247.
- Wood, J., Piacentini, J., Southam Gerow, M., & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 46, 314-321.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 11 (No. 43), pp. 17-26, 2017

## Effectiveness of Structural Family Therapy in Reducing Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder

Moradi, Omid

Islamic Azad University, Sanandaj Branch, Sanandaj, Iran

Received: Dec 25, 2017

Accepted: Feb 30, 2017

Intrusive thoughts and repetitive actions are the characteristics of obsessive-compulsive disorder that creates numerous problems for patients affected by this illness. The object of this study is to evaluate the effectiveness of structural family therapy in reducing symptoms of obsessive-compulsive disorder. In order to do so, in a quasi-experimental study with pretest, posttest, and control group design, 24 volunteer patients diagnosed with obsessive compulsive disorder who referred to treatment centers of Sannandaj city along with their families were selected using convenience sampling method and randomly assigned into experimental and control groups. The subjects in the experimental group received eight sessions of structural family therapy; whereas, subjects in the control group received no psychological intervention. Subjects in both groups were evaluated for the level of obsessive- compulsive symptoms before and after the intervention. The data analyzes using MANCOVA demonstrated that Structural Family Therapy is significant in terms of reducing contamination obsessions (CONO), washing compulsions (WASC), ordering compulsions (ORDC), checking compulsions (CHKC), obsessional thoughts about harm to self/others (OTAHSO), obsessional thoughts about violence (OTAV), and obsessional impulses to harm self/others (OITHSO) ( $p \leq 0/05$ ). According to this study, the role and influence of family in creation and aggregation of mental disorders especially obsessive-compulsive disorder is confirmed.

**Keywords:** Structural Family Therapy, Obsessive-Compulsive Disorder

*Electronic mail may be sent to: moradioma@gmail.com*