

مقایسه کارکردهای خانوادگی بیماران وسواسی - اجباری و افسرده با افراد سالم بر اساس مدل مک مستر

دکتر احمد اعتمادی¹
حسین قلی زاده^{2*}
دکتر منصور بیرامی³
میر روح الله سید مهدوی اقدم⁴

چکیده

اختلال وسواسی- اجباری و نیز افسردگی به دلیل ویژگی‌هایی که دارند می‌توانند باعث ناکارآمدی کارکرد خانواده شوند. هدف مطالعه حاضر بررسی کارکرد خانواده بیماران وسواسی- اجباری و افسرده بر اساس نظریه مدل خانوادگی مک مستر و مقایسه آن با کارکرد خانواده افراد سالم می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را بیماران وسواسی- اجباری و افسرده مراجعه کننده به کلینیک‌های روانپزشکی شهر تبریز تشکیل می‌دادند. که از بین آنها 80 نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه کنترل نیز از بین دانشجویان و کارکنان دانشگاه تبریز انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های وسواسی- اجباری مادسلی (MOCI)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و آزمون سنجش خانواده (FAD) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از MANOVA استفاده شد. یافته‌ها نشان دادند که در بعد عملکرد عمومی گروه سالم بهتر از افسرده و گروه افسرده بهتر از بیماران وسواسی عمل کرده‌اند ($p < 0/001$). در بعد ارتباط گروه بیماران، کارکرد خانوادگی ضعیف تری نسبت به گروه سالم داشتند ($p < 0/001$). در بعد درگیری عاطفی گروه افسرده از هر دو گروه سالم و وسواسی ضعیف تر عمل کرده بودند ($p < 0/001$). در بعد پاسخ گویی عاطفی تنها بین دو گروه افسرده و سالم تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$).

واژه‌های کلیدی: کارکرد خانواده؛ اختلال وسواسی - اجباری؛ افسردگی؛ نظریه مک مستر

¹ - دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

² - دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. نویسنده مسئول hossein.gholizade@yahoo.com

³ - دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

⁴ - کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، علوم تحقیقات، تهران، ایران.

مقدمه

خانواده به عنوان مهمترین نهاد اجتماعی، تأثیر بسزایی بر انسانها و سلامت آنها دارد. ارتباط بین محیط و زمینه خانوادگی و نیز کارکردهای خانوادگی با بیماری های روانی مدتهاست که مورد توجه محققان و پژوهشگران است. نظریه های گوناگونی سعی بر آن داشته اند تا بتوانند برای هر یک از اختلالات روانی سبک خانوادگی ویژه ای را ترسیم نمایند. یکی از مدل های مهم در زمینه کارکرد خانواده مدل کارکرد خانواده مک مستر است. این مدل در اوایل دهه 1960 توسط اپستین، بیشاپ و لوین در دانشگاه مک مستر رشد یافت (کارلسون، اسپری و لوییس، 1378). مدل مک مستر به ارزشیابی ازدواج ها و خانواده ها می پردازد. این مدل که مبتنی بر رویکرد سیستمی می باشد ساختار، سازمان و الگوی تبدلی واحد زناشویی را توصیف می کند و اجازه می دهد که روابط خانوادگی یا زناشویی در یک طیف سطحی، از وضعیت سلامت تا اختلال شدید روانی مورد آزمایش قرار گیرد (همان). اگر چه مدل مک مستر تمام جنبه های کارکرد خانواده را پوشش نمی دهد اما ابعاد مهمی که اغلب نمود بالینی پیدا می کنند را مدنظر قرار می دهد. برای فهم ساختار و سازمان و الگوی تعاملی مرتبط با خانواده، این مدل شش بعد از زندگی خانودگی را مورد ارزیابی و سنجش قرار می دهد: 1- حل مسأله: به طور خلاصه حل مسأله نشان دهنده توانایی حل مشکلات در سطحی که کارکرد کارآمد خانواده را حفظ کند، می باشد. 2- ارتباطات: به چگونگی تبادل اطلاعات در بین اعضای خانواده اطلاق می شود. 3- نقش ها: نقش ها کارآیی شیوه خانواده در توزیع و انجام وظایف را نشان می دهد. 4- پاسخگویی عاطفی¹: به توانایی اعضای خانواده برای پاسخگویی متناسب هیجانی به محرک های مختلف اشاره می کند. 5- درگیری عاطفی²: به میزان علاقه، توجه و سرمایه گذاری اعضای خانواده در برابر یکدیگر اشاره دارد. 6- کنترل رفتاری: استانداردها و آزادی های رفتاری را توصیف می کند (میلر³ و همکاران، 2000).

تحقیقات فراوانی در زمینه مدل کارکرد خانواده مک مستر صورت گرفته است. اغلب پژوهش های صورت گرفته نشان داده اند که داشتن یک عضو با اختلال روانی در خانواده، یک پیش بینی کننده قوی برای وجود کارکرد خانودگی ضعیف یا روابط

¹ - Affective Respsnsibility

² - Affective Involvement

³ - Miller

خانوادگی آسیب دیده است (تامپلین¹، گودیر² و هربرت³، 1998) با وجود این هنوز به طور دقیق مشخص نیست که آیا میزان و نوع آسیب های خانواده با اختلال خاصی در ارتباط هست یا نه (تامپلین و گودیر، 2001). مروری بر مطالعات قبلی نشان می دهد که اغلب پژوهش ها در این زمینه بر روی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی (میلر و همکاران، 2000) به ویژه افسردگی (اسلتین⁴، کور⁵ و کولتن⁶، 1994) و نیز اختلالات اضطرابی انجام گرفته است. ریچمن⁷ (1979) نابسامانی های ساختار خانواده از جمله تضاد نقش ها، درهم ریختگی مرزها، اتحادها و پنهان کاری ها را به عنوان عوامل تقویت کننده افسردگی نوجوانان معرفی می کند. فرد افسرده در خانواده «بیگانه ای در تناقض» است که بین دستورات متضاد بر خاسته از شکاف بین چهره های فرزند پروری، درهم شکسته است (فیشمن⁸، 1988). بر اساس تبیین های بوم شناختی متعددی، همه مدل های تفسیر افسردگی، در بدکارکردی خانواده قابل هضم می باشد (همان).

اغلب این پژوهش ها نشان داده اند که خانواده نه تنها تأثیر مهمی بر روی اختلال افسردگی دارد، همچنین کارکرد خانواده با عواملی چون اقدام به خودکشی، میزان عود افسردگی و دوره های پس از بهبود افسردگی نیز مرتبط می باشد (کیتنر و میلر، 2000). تامپلین (2005) در مطالعه ای تاثیر افسردگی نوجوانان بر کارکرد خانواده شان را بررسی کرد، یافته ها نشان دادند که سلامت روانی و نیز کارکرد خانواده نوجوانان افسرده، ضعیف تر از افراد سالم است. در پژوهش دیگری که به منظور تعیین ارتباط بین کارکرد خانواده و افسردگی در بین مراقبان بیماران مبتلا به اختلالات خلقی انجام شد، یافته ها نشان دادند مراقبانی که کارکرد خانواده ضعیفی را گزارش کرده بودند، احتمال بیشتری داشت که دارای علایم افسردگی باشند (هرو⁹ و رایان¹⁰، 2002). به طور کلی پژوهش ها نشان داده اند که بیماران افسرده نه تنها با اختلال در کارکرد خانواده مواجه هستند

¹ - Tamolin

² - Goodyer

³ - Herbert

⁴ - Asseltin

⁵ - Core

⁶ - Colton

⁷ - Richman

⁸ - Fishman

⁹ - Heru

¹⁰ - Ryan

هر¹ و همکاران، 2007) بلکه آسیب در کارکرد خانواده این بیماران شدیدتر از دیگر اختلالات روانی است (میلر و همکاران، 1986).

از سوی دیگر اختلال وسواسی- اجباری به دلیل ویژگی هایی که دارد (مثل شستشوی افراطی، چک کردن های زیاده از حد و...) می تواند در کارکرد خانواده و نیز کیفیت زندگی خلل ایجاد نماید (ایسن² و همکاران، 2006). پژوهشگران اخیرا متوجه شده اند که سطح تخریب کارکرد این اختلال را می توان با اختلال های روانپریشی مقایسه کرد (تورس³ و همکاران، 2006). خانواده های این بیماران اغلب مجبورند، با تغییر دادن کارهای شخصی و روزمره، خود را با نشانه های بیماری انطباق دهند. گسترش این تغییرات در بین اعضای خانواده خود سبب ناکارآمدی خانواده، نگرشهای طرد نسبت به بیمار و افزایش بار مسؤولیت اعضای خانواده می شود (مگلیانو⁴ و همکاران، 1996). در پژوهشی، بلاک، گافتی، اسکولسر و گابل (1998) رابطه بین علایم وسواسی را با کارکرد خانواده با استفاده از مقیاس سنجش خانواده (FAD) در بین 19 خانواده بررسی کردند. یافته ها نشان دادند که گروه وسواس در خرده مقیاس های کارکرد عمومی و ارتباط ضعیف تر از گروه کنترل عمل کرده بودند. در پژوهش دیگری گرابه و همکاران (2006)، یافته های بلاک و همکاران (1998) را تایید کردند. هالندر و همکارانش (1996) نیز در پژوهش خود نشان دادند که 70 درصد از بیماران وسواسی در زمینه ارتباطات خانوادگی با مشکلات عدیده ای مواجه هستند.

به طور خلاصه می توان گفت که افسردگی و وسواس تاثیر منفی بر روی کارکرد و روابط خانواده دارد. اما از آنجا که اغلب این تحقیقات در جوامع غربی صورت گرفته است و با توجه به اینکه ساختار خانواده در جوامع غربی متفاوت تر از جوامع شرقی و نیز ایران است به نظر می رسد بهتر است تا مشابه این پژوهش ها در کشور ما نیز انجام گیرد؛ لذا هدف اصلی این پژوهش بررسی کارکرد خانواده بیماران افسرده و وسواس بر اساس نظریه مک مستر و مقایسه آن با افراد سالم می باشد.

¹ - Herr

² - Eisen

³ - Torres

⁴ - Magliano

ابزار و روش

جامعه آماری پژوهش حاضر را بیماران افسرده و وسواسی - اجباری مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تبریز تشکیل می دادند، که از بین این بیماران 80 نفر (در هر گروه 40 نفر) به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شرایط اصلی ورود به طرح موارد زیر بودند: داشتن افسردگی اساسی بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات عاطفی (SADS) و پرسشنامه افسردگی بک (برای گروه افسرده)، داشتن اختلال وسواسی - اجباری بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته روانپزشک یا روانشناس بالینی و پرسشنامه مادسلی، نبود علائم پسیکوز، نبود اختلال توأم برای هر گروه، نداشتن عقب ماندگی ذهنی و نداشتن وابستگی دارویی. گروه کنترل نیز به همان تعداد از طریق همتاسازی (matching) با گروه بیمار در متغیرهایی مانند جنس، سن و تحصیلات، از میان دانشجویان و کارکنان دانشگاه تبریز انتخاب شدند. گروه کنترل قبل از انجام دادن تستها در یک مصاحبه روان شناختی شرکت می کردند تا عدم مبتلا بودن به افسردگی، وسواس یا دیگر اختلالات روانپزشکی در آنها تأیید شود. برای تحلیل اطلاعات از آماره‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

- تست افسردگی بک - ویراست دوم (BDI-II): این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال 1961 توسط بک و همکاران تدوین شد و در سال 1996 مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل 21 ماده می باشد و هر ماده نمره‌ای بین صفر تا 3 می گیرد. مشخصات روان سنجی این پرسشنامه در ایران قابل قبول و به این شرح می باشد: ضریب آلفا: 0/87، ضریب باز آزمایی: 0/74 (قاسم زاده، مجتبابی، کرم قدیری و ابراهیم خانی، 2005).

- آزمون سنجش خانواده (FAD): ابزار سنجش خانواده یک پرسشنامه 60 سؤالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بنا بر الگوی مک مستر، در سال 1983 توسط اپستین، بالدوین و بی‌شاپ تدوین شده است. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می کند و شش بعد از عملکرد خانواده را مشخص می کند. در این مقیاس علاوه بر شش بعد یک خرده مقیاس هم وجود دارد که عملکرد کلی خانواده را می سنجد (ثنایی، علاقبند و هومن، 1379). این پرسشنامه دارای اعتبار و روایی نسبتاً خوبی در ایران و جهان بوده است (همان) به طور مثال در پژوهش

سالاری (آلفای بین 0/58 تا 0/85) و اعتبار باز آزمایشی آن بین 0/42 تا 0/78 گزارش شده است (سالاری، 1380؛ به نقل از رضایی و همکاران، 1386).

- سیاهه وسواسی - اجباری مادسلی (MOCI): این پرسشنامه توسط هاجسون و راجمن (1977) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطة مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل 30 پرسش بصورت صحیح - غلط می باشد. افزون بر نمره کل وسواسی، پرسشنامه مادسلی شامل 5 خرده مقیاس واریسی، شستشو، کندی، شک و نشخوار ذهنی می باشد (راجمن و هاجسون، 1980). راجمن و هاجسون (1980) اعتبار همگرا و پایایی با روش آزمون-آزمون مجدد این پرسشنامه را رضایت بخش گزارش کردند و اعتبار سازه این آزمون را در نمونه های بالینی و غیر بالینی تایید نمودند. ویژگیهای روان سنجی این پرسشنامه در ایران توسط پژوهشهای مختلفی رضایت بخش اعلام شده است. برای مثال دادفر (1376) ضریب پایایی کل آزمون را 0/84 و روایی همگرایی آن با مقیاس وسواسی - اجباری ییل را 0/87 گزارش کرده است.

یافته ها

جدول شماره (1) ویژگی های جمعیت شناختی و نیز خلاصه نتایج به دست آمده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) را نشان می دهد. آزمون معناداری ویلکز لامبدا برای تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که کارکرد خانواده در بین سه گروه متفاوت است ($F=27/82, P<0/001$).

جدول 1- تحلیل واریانس چند متغیره ابعاد کارکرد خانوادگی در بین گروه ها

سطح معناداری		وسواسی - اجباری		افسرده		گروه سالم		
P	F	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
0/000	64/47	0/36	2/28	0/33	2/23	0/41	1/44	عملکرد عمومی
0/325	1/13	0/37	2/34	0/49	2/25	0/44	2/19	نقش
0/544	0/611	0/42	2/21	0/29	2/27	0/37	2/18	کنترل رفتاری
0/000	49/47	0/39	2/45	0/37	2/28	0/33	1/66	ارتباط
0/68	0/38	0/43	2/01	0/34	1/97	0/29	1/94	حل مسأله
0/000	108/67	0/38	2/22	0/72	3/42	0/26	1/85	درگیری عاطفی
0/000	11/22	0/31	2/19	0/34	2/43	0/50	2/01	پاسخگویی عاطفی

همانطور که در جدول شماره (1) مشاهده می شود می توان مشاهده کرد که در اغلب ابعاد کارکرد خانواده گروه سالم بهتر از گروه بیمار عمل کرده است. اما به لحاظ آماری بین سه گروه سالم، افسرده و وسواسی در ابعاد عملکرد عمومی ($p < 0/001$)، ارتباط، درگیری عاطفی ($p < 0/001$) و پاسخگویی عاطفی ($p < 0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی دقیق تر و اینکه بین کدام یک از گروهها تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد (جدول 2).

جدول 2- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای سه گروه افسرده، وسواس و سالم

متغیر وابسته	گروه ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	P
عملکرد عمومی	سالم و وسواس	-0/84	0/083	0/000
	سالم و افسرده	-0/79	0/083	0/000
	وسواس و افسرده	0/04	0/083	0/000
نقش	سالم و وسواس	-0/14	0/098	0/29
	سالم و افسرده	-0/05	0/098	0/82
	وسواس و افسرده	0/08	0/098	0/63
کنترل رفتاری	سالم و وسواس	-0/08	0/082	0/92
	سالم و افسرده	0/02	0/082	0/53
	وسواس و افسرده	-0/06	0/082	0/73
ارتباط	سالم و وسواس	-0/78	0/083	0/000
	سالم و افسرده	-0/61	0/083	0/000
	وسواس و افسرده	0/16	0/083	0/113
حل مسئله	سالم و وسواس	-0/07	0/081	0/65
	سالم و افسرده	-0/02	0/081	0/93
	وسواس و افسرده	0/04	0/081	0/86
درگیری عاطفی	سالم و وسواس	-0/36	0/111	0/004
	سالم و افسرده	-1/5	0/111	0/000
	وسواس و افسرده	-1/2	0/111	0/000
پاسخ گویی عاطفی	سالم و وسواس	-0/182	0/088	0/10
	سالم و افسرده	-0/420	0/088	0/000
	وسواس و افسرده	-0/23	0/088	0/023

همانگونه که جدول شماره (2) نشان می دهد در بعد عملکرد عمومی گروه سالم بهتر از افسرده و گروه افسرده بهتر از بیماران وسواسی عمل کرده اند ($p < 0/001$). در بعد

ارتباط گروه بیماران (وسواس و افسرده) کارکرد خانوادگی ضعیفتری نسبت به گروه سالم داشتند ($p < 0/001$) اما بین دو گروه وسواس و افسرده تفاوت معناداری وجود نداشت ($p < 0/113$). یافته ها همچنین نشان دادند که در بعد درگیری عاطفی گروه افسرده از هر دو گروه سالم و وسواسی ضعیف تر عمل کرده بودند ($p < 0/001$). همچنین در بعد پاسخ گویی عاطفی تنها بین دو گروه افسرده و سالم تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$).

بحث و نتایج

هدف پژوهش حاضر مقایسه کارکردهای خانوادگی بیماران افسرده با بیماران وسواسی- اجباری بر اساس مدل مک مستر بود. مدل مک مستر از کارکرد خانواده یک مدل سیستمی با جهت گیری بالینی از کارکرد خانواده است که خصوصیات رفتاری و ساختاری گروه خانواده و الگوهای تبادلی مهم موجود میان اعضای خانواده را معین می کند (کیتنر، میلر و رایان، 1996). یافته ها نشان دادند عملکرد عمومی خانواده افراد افسرده نسبت به افراد سالم ضعیف تر است، این یافته با پژوهشهای قبلی از جمله تامپلین و گودیر (2001)، هیرو و رایان (2002)، هر، همن، برنان (2007)، تامپلین (2005)، کیتنر و میلر (2000) همسو می باشد. بر اساس پژوهش های قبلی اختلاف خانوادگی با افسردگی اعضا به هم پیوند خورده اند (اسلتین و همکاران، 1994).

در کارکرد پایین خانواده اختلاف های والدین به فرزند منتقل می شود و در این میان فرزند ممکن است تصور کند که فاقد کفایت لازم برای جلوگیری از ناراحتی های والدین است، همچنین افسردگی ممکن است حاصل تلاش مایوسانه فرد برای جلب توجه اعضای خانواده به مشکلی باشد که نادیده گرفته شده است (یفر، 1981). همچنین خانواده بیماران وسواسی در بعد عملکرد عمومی ضعیف تر از گروه سالم عمل می کنند، که این یافته نیز همسو با پژوهش های قبلی است (گرابه و همکاران، 2006، بلاک و همکاران، 1998، هالندر و همکاران، 1996).

به طور کلی پژوهشهای قبلی بر این امر صحه گذاشته اند که اختلالات اضطرابی (شامل اختلال وسواسی- اجباری) با برخی از ناکارآمدیهای خانوادگی همراه هستند (لست¹ و همکاران، 1991). بی ثباتی والدین و نیز مقررات و نظم سخت و خشک از

¹ - Last

طرف آنها می تواند بر اضطراب کودکان تأثیر بسزایی داشته باشد (کارت رایت-هاتون¹ و همکاران، 2005). در این خانواده ها والدین با داوری غلط در مورد سن عاطفی فرزند، زودتر از موعد مقرر، حمایت مورد نیاز نوجوان را از او دریغ می کنند (فیشمن، 1988). به نظر می رسد که تأثیر خانواده بر اعضا را می توان بر اساس مدل استرس - آسیب پذیری² تبیین نمود به این صورت که احتمالاً فرد دارای آسیب پذیری ارثی یا ژنتیکی است که وی را مستعد بیماری می نماید و در صورتی که با رخداد های تنش زایی مثل رفتارهای نامناسب والدینی، بدکارکردی های بین فردی و خانوادگی مواجه شود، مبتلا به اختلال می گردد.

در بعد ارتباط نیز بین گروه بیماران با گروه سالم تفاوت وجود داشت. که همسو با یافته های پیشین است (بلاک و همکاران، 1998؛ کوپر، 1996) وجود مشکل در زمینه صمیمیت و نزدیکی بین اعضای خانواده ممکن است باعث مختل شدن کارکرد ابعاد ارتباط و همراهی عاطفی شود (هرو و رایان، 2002). بعد ارتباط به چگونگی تبادل اطلاعات بین اعضای خانواده اطلاق می شود که تمرکز اصلی بر روی تبدلات کلامی است. بیماران افسرده به دلیل پایین بودن خلق، گوشه گیری و انزوا قادر نیستند به شکل صحیحی با دیگر اعضای خانواده رابطه عاطفی و کلامی داشته باشند. تعارض بین اعضای خانواده نیز می تواند از دلایل احتمالی دیگر برای کارایی مختل در بعد ارتباط در بین بیماران افسرده باشد (گالاگر³ و کارت راین-هاتون، 2008).

از سوی دیگر در مورد بیماران وسواسی نیز باید در نظر داشت که تعاملات نادرست والدین با فرزندان و نیز اضطراب والدین می تواند باعث شود تا کودکان دنیا را به صورت نا امن درک کنند و توانایی مواجه شدن با خطرها را نداشته باشند و احساس اضطراب و پریشانی کنند (همان) و از آنجا که والدین افراد وسواسی نیز همچون والدین بیماران اضطرابی عمل می کنند (سالکوفسکی⁴ و همکاران، 1999) این امر موجب می شود که والدین با تعامل نادرست با فرزندان شان علایم وسواس را در آنها تشدید کنند و اگر این ارتباط همراه با خصومت و انتقاد نسبت به علایم وسواسی فرزندان خود باشد،

¹ - Cartwright-Hatton

² - Cartwright-Hatton

³- Gallagher

⁴- Salkovskis

ناخواسته شدت و یا فراوانی رفتارهای وسواسی را افزایش خواهند داد (استکتی¹، 1993). در بسیاری از موارد، خانواده گرفتار یک چرخه معیوب می گردد، به این صورت که فرزند از پذیرش محدودیت ها و مقررات خانواده سر باز می زند و تلاش والدین برای کنترل کردن وی بیشتر می شود، این تلاش ها احساس حقارت کودک را بیشتر می کند و به حادثه شدن مشکل می انجامد و ممکن است والدین از روی عجز و درماندگی از او کناره گیری کنند و یا او را از خانواده طرد کنند. یافته دیگر نشان داد که پاسخدهی عاطفی خانواده بیماران افسرده ضعیف تر از افراد سالم و نیز افراد وسواسی است به این معنا که در بین اعضای خانواده افراد افسرده توانایی ابراز هیجانات چه از نوع مثبت و چه منفی مختل می باشد. در این خانواده ها پاسخ دهی عاطفی خانواده از لحاظ کمی و کیفی متناسب با موقعیت نیست. همچنین یافته ها نشان دادند که در بعد درگیری عاطفی گروه افسرده هم از گروه سالم و هم از گروه وسواس ضعیف تر عمل کرده بودند، از سوی دیگر بین گروه وسواس و سالم نیز تفاوت معناداری وجود داشت. به نظر می رسد در خانواده های افراد افسرده اعضاء نمی توانند همدیگر را درک بکنند، به عبارت دیگر قادر نیستند درک درستی از علایق و نیازهای دیگر اعضا داشته باشند، این یافته همسو با یافته پژوهش هرو، رایان و ولاستوس (2004) می باشد. از سوی دیگر برخی از پژوهش ها نشان داده اند که در مقایسه با گروه کنترل، گروه وسواسی از نزدیکی و حمایت عاطفی کمتری در خانواده بر خوردار بودند (وانی-باسیل² و همکاران، 1995). افراد مهم بیماران وسواسی معمولاً با انتقاد کلامی با آنها رفتار می کنند (تاینس³ و همکاران، 1990). از سوی دیگر تعارض یک پدیده رایج بین اعضای خانواده با فرد بیمار است (لوینگستون فن نوپن⁴ و همکاران، 1990) به نظر می رسد که همه این عوامل نقش یک کاتالیزور را برای تحول یا شدت بخشیدن به اختلال وسواسی - اجباری بازی می کنند، که می توان آن را به عنوان استرس برای کسی دانست که آسیب پذیری زیادی برای این اختلال دارد.

به طور کلی می توان گفت از آنجا که بر اساس اغلب دیدگاه های روانشناختی از جمله روانکاوی، رفتارگرایی، شناخت گرایی، انسانگرایی و اخیراً به طور جدی بوم نگرها

¹ - Steketee

² - Valleni-Basile

³ - Tynes

⁴ - Livingston-Van Noppen

خانواده مهم ترین و بیشترین نقش را در تکوین شخصیت اعضای خود و در پدید آیی اختلالات روانی دارد، ضروری می نماید که در صدد حفظ سلامت ساختار و کارکرد خانواده بود. کلید مداخله موفق در مورد رفتارهای عضو بیمار کمک کردن به خانواده برای حل کارآمدتر و مؤثرتر تضادهای مرتبط با نشانه های وسواسی است. به این ترتیب خانواده کارکردهای حل مسئله، ارتباطات، نقش ها، پاسخگویی و درگیری عاطفی و نیز کنترل رفتاری خود را بهبود می بخشد. بنابراین بهتر است علاوه بر درمان بیماران وسواسی، مراقبان و اعضای خانواده فرد بیمار را نیز برای شرکت در برنامه های آموزشی مرتبط، تشویق کرد. این پژوهش نیز مانند اغلب پژوهش های دیگر محدودیت هایی داشت که تعمیم یافته ها را با مشکل مواجه می سازد. برای مثال می توان به حجم کم نمونه، تصادفی نبودن نمونه گیری و برابر نبودن تعداد زن و مرد را اشاره کرد.

منابع:

- تنایی ب، علاقبند س و هومن، ع (1379)، مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج، تهران، انتشارات بعثت، صص 2 تا 7.
- دادفر، محبوبه (1376)، بررسی همبودی اختلالات شخصیت در بیماران وسواسی-جبری و مقایسه آنها با افراد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- رضایی، امید؛ صابری، مهدی؛ شاهمرادی، حسین و ملک خسروی، غفار (1386)، کارکرد خانواده در بیماران دچار اختلال جنسی. مجله توانبخشی، 29، 63-58.
- کارلسون، اسپری و لوییس (1378)، خانواده درمانی، تضمین کار آمد، ترجمه شکوه نوابی نژاد، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات خانواده انجمن اولیا و مربیان، صص 290 تا 295.
- Asseltin, R.H., Core, S & Colton, M.E. (1994), Depression and social developmental context of adolescence. *J per soc psy*; 67: 252-263.
- Black, D. W., Gaffney, G., Schlosser, S., & Gabel, J. (1998), The impact of obsessive compulsive disorder on the family: Preliminary findings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(7), 440-442.
- Cartwright-Hatton, S., McNally, D., & White, C. (2005), A New Cognitive Behavioral Parenting Intervention for Families of Young Anxious Children: A Pilot Study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 33(2), 243-247.
- Cooper, M. (1996), Obsessive compulsive disorder: Effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 296-304.
- Eisen, J.L, Mancebo, M.A, Pinto, A, Coles, M.E, Pagano, M.E, Stout R, et al.(2006), Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiatry*; 47: 270-5.
- Fishman, H.C. (1988), treating troubled adolescets: A family therapy approach. New York: basic books.

-
-
- Gallagher, B & Cartwright-Hatton, S. (2008), The relationship between parenting factors and trait anxiety: Mediating role of cognitive errors and Meta cognition. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 722-733.
 - Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., .and ebrahimkhani, N. (2005), Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory-second edition: BDI-II – Persian. *Journal of Depression and Anxiety*, 21, 185-192
 - Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Buhtz, F., Hochrein, A., Schulze- Rauschenbach, S., Meyer, K., Kraft, S., Reck, C., Pukrop, R., Freyberger, H. J., Klosterkotter, J., Falkai, P., John, U., Maier, W., & Wagner, M. (2006), Familiality of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1986-1992.
 - Herr, N.R., Hammen, C., & Brennan, P. (2007), Current and Past Depression as predictors of Family Functioning: A Comparison of Men and Women in a Community Sample. *Journal of Family Psychology*. 21 694-702.
 - Heru, A., & Ryan, C. (2002), Depressive Symptoms and Family Functioning in the Caregivers of Recently Hospitalized Patients with Chronic/ Recurrent Mood Disorders. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*.7, 53-60
 - Heru, A.M., Ryan, C.E., & Vlastos, K. (2004), Quality of life and family functioning in caregivers of relatives with mood disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 67-71.
 - Hodgson, R.J., Rachman, S. (1977), Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and therapy*, 15, 389-395.
 - Hollander, E., Kwon J.H., Stein D.J., Broatch, J., Rowland, C.T., Himelein C.A. (1996), Obsessive- compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry*; 57: 3-6.
 - Keitner, G.I., Miller, I.W. (2000), Family functioning and major depression: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1128-1137

-
- Keitner, G.I., Miller, I.W & Ryan, C. E. (1996), Mood disorder and the family: In F. W. Kaslow (Ed.) Handbook of relational diagnosis and dysfunction family patterns. New York: Wiley. (Overview. American Journal of Psychiatry. 435).
 - Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A., Orvaschel, H. et al. (1991), Anxiety disorders in children and their families. Archives of General Psychiatry, 48(10), 928-934.
 - Livingston-Van Noppen B, Rasmussen S, Eisen J, & Mc Cartney L. Family function and treatment in obsessive-compulsive disorder. In M. Henike, L. Baer, & W. Minichiello (Eds.), Obsessive-compulsive disorders: Theory and management 1990 (2nd ed., pp.325-340). Chicago: Year Book Medical Publishers.
 - Magliano L, Tosini P, Guarneri M, Marasco C. et al. (1996), Burden on the families of patients with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. European Psychiatry, 11(4), 192-197.
 - Miller, I.W., Kabacoff, R.I., Keitner, G.I., Epstein, N.B & Bishop, D.S. (1986), Family functioning in the families of psychiatric patients. Com Psy; 27: 302-312.
 - Miller, I.W., Ryan, C.E., Keitner, G.I., Bishop, D.S., Epstein, N.B. (2000), The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. J Fam The; 22: 168-189.
 - Peffer, C.R. (1981), The family system of suicidal children. American journal of psychotherapy, 35: 330-341.
 - Rachman, S.J., Hodgson, R.J. (1980), Obsessions and compulsions. Englewood Cliffs .NJ: prentice. Hall.
 - Richman, J. (1979), The family therapy of attempted suicide. Fam proc; 18: 131-142.
 - Salkovskis, P., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. H. (1999), multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. Behaviour Research and Therapy, 37, 1055-1072.

-
-
- Steketee, G. (1993), Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behavioral Psychotherapy*, 21(2), 81-95.
 - Tamplin, A. (2005), Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 48, 1- 13.
 - Tamplin, A., Goodyer, I.M. (2001), Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10:170-179.
 - Tamplin, A., Goodyer, I.M., & Herbert, J. (1998), Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 48:1-13.
 - Torres, A.R, Prince, M.J., Bebbington, P.E., Bhugra, D., Brugha, T.S., Farrell, M et al. (2006), Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978-1985.
 - Tynes, L., Sains, C, & Winstead D. (1990), Obsessive-compulsive patients: Familial frustration and criticism. *Journal of Louisiana State Medical Society*, 142(10), 24-29.
 - Unger, D.G., Brown, M.B., Tressell, P.A., and McLeod, L.E. (2000), Interparental conflict and adolescent depressed mood: The role of family functioning. *Ch Psy Hum Dev*; 31:23-41.
 - Valleni-Basile, L.A., Garrison, C.Z., Jackson, K.L, Waller, J.L., McKeown, R.E., Addy CL, et al. (1995), Family and psychosocial predictors of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Child FAM Studies*, 4: 193-206.

