

مقایسه کارکردهای خانوادگی بیماران وسواسی - اجباری با افراد سالم

حسین قلی زاده^۱، دکتر منصور بیرامی^{۲*}، دکتر علی رضا فرنام^۳، مهدی ایمانی^۴، جابر پیرزاده^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۵/۲۹، تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۷/۲۸

چکیده

پیش زمینه و هدف: ارتباط بین محیط و زمینه خانوادگی با بیماری‌های روانی مورد توجه پژوهش‌گران بوده است. اختلال وسواسی - اجباری (OCD) به دلیل ویژگی‌هایی که دارد می‌تواند در کارکرد خانواده و نیز کیفیت زندگی خلل ایجاد نماید. هدف مطالعه حاضر بررسی کارکرد خانواده بیماران OCD بر اساس مدل خانوادگی مک مستر و مقایسه آن با کارکرد خانواده افراد سالم می‌باشد.

مواد و روش کار: طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را بیماران OCD مراجعه کننده به درمانگاه‌های روان پزشکی (بزرگمهر) و روان‌شناسی شهر تبریز (علامه امینی) تشکیل می‌دادند. که از بین آن‌ها ۵۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه کنترل نیز به همان تعداد از بین دانشجویان و کارکنان دانشگاه تبریز انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به پرسش‌نامه‌های وسواسی - اجباری مادسلی (MOCI) و آزمون سنجش خانواده (FAD) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تی استفاده شد.

یافته‌ها: افراد وسواسی در اغلب ابعاد مقیاس کارکرد خانواده، ضعیف‌تر از افراد سالم عمل کردند. گروه وسواسی در ابعاد عملکرد عمومی ($p < 0/001$)، ارتباط ($p < 0/001$)، و درگیری عاطفی ($p < 0/001$) کارایی کم‌تری نسبت به افراد سالم نشان دادند. اما در ابعاد حل مساله، پاسخ گویی عاطفی، کنترل رفتاری و نقش هیچ تفاوت معنی‌داری بین بیماران وسواسی با گروه سالم وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری: نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان می‌دهد که بیماران وسواسی با اختلال در بسیاری از ابعاد کارکرد خانواده مواجه هستند.

کلید واژه‌ها: کارکرد خانواده، اختلال وسواسی - اجباری، مدل مک مستر

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و یکم، شماره چهارم، ص ۳۶۰-۳۵۴، آذر و دی ۱۳۸۹

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه تبریز، بخش فیزیولوژی تلفن: ۵۵۷۲۶۲۷-۴۱۱

Email: hossein.gholizade@yahoo.com

مقدمه

کرد(۲). خانواده‌های این بیماران اغلب مجبورند، با تغییر دادن کارهای شخصی و روزمره، خود را با نشانه‌های بیماری انطباق دهند. گسترش این تغییرات در بین اعضای خانواده خود سبب ناکارآمدی خانواده، نگرش‌های طرد نسبت به بیمار و افزایش بار مسئولیت اعضای خانواده می‌شود (۳،۴). از سوی دیگر باید در نظر داشت که خانواده نیز می‌تواند بر روی اعضا خود تاثیر مثبت یا منفی داشته باشد. در خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضا و

ارتباط بین محیط و زمینه خانوادگی با بیماری‌های روانی مدتهاست که مورد توجه محققان و پژوهشگران است. اختلال وسواسی - اجباری یکی از اختلال‌های روانی است که به دلیل ویژگی‌هایی از قبیل شستشوی افراطی، چک کردن‌های زیاده از حد و... می‌تواند در کارکرد خانواده و نیز کیفیت زندگی خلل ایجاد نماید(۱). پژوهشگران اخیراً متوجه شده اند که سطح تخریب کارکرد این اختلال را می‌توان با اختلال‌های روان‌پریشی مقایسه

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

^۲ دانشیار روانشناسی، دانشگاه تبریز، (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۴ دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

^۵ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تربیت معلم تهران

نیست که آیا میزان و نوع آسیب‌های خانواده با اختلال خاصی در ارتباط هست یا نه (۱۰). هر چند که اغلب تحقیقات در این زمینه معطوف به اختلالات خلقی بوده‌اند (۸)، اما برخی از پژوهش‌ها نیز کارکردهای خانوادگی بیماران وسواسی را بررسی نموده‌اند. به عنوان نمونه در پژوهشی، Black و همکاران (۱۹۹۸) رابطه بین علایم وسواسی را با کارکرد خانواده با استفاده از مقیاس سنجش خانواده (FAD) در بین ۱۹ خانواده امریکایی بررسی کردند.

یافته‌ها نشان دادند که گروه وسواس در خرده مقیاس‌های کارکرد عمومی و ارتباط ضعیف‌تر از گروه کنترل عمل کرده بودند (۱۱). در پژوهش دیگری که در آلمان انجام گرفت، Grabe و همکاران (۲۰۰۶)، یافته‌های بلاک و همکاران (۱۹۹۸) را تایید کردند (۱۲). Hollander و همکارانش (۱۹۹۶) نیز در پژوهش خود که در کشور آمریکا انجام دادند، نشان دادند که ۷۰ درصد از بیماران وسواسی در زمینه ارتباط خانوادگی با مشکلات عیدیه‌ای مواجه هستند (۱۳).

با وجود این هنوز نتایج واضح و روشنی در مورد این اختلال به دست نیامده است. به عنوان مثال در پژوهشی که توسط Derisly و همکاران (۲۰۰۵) در انگلیس انجام شد سه گروه (بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، ۲۸ نفر؛ دیگر اختلالات اضطرابی، ۲۸ نفر؛ و گروه کنترل، ۶۲ نفر) از لحاظ کارکردهای خانواده مورد مقایسه قرار گرفتند. یافته‌ها نشان دادند هر چند والدین دو گروه اول از لحاظ سلامت روانی ضعیف‌تر از گروه کنترل هستند اما از نظر کارکرد خانواده هر سه گروه مشابه هم بودند (۱۴).

به‌طور خلاصه می‌توان گفت که بین اختلال وسواسی - اجباری با کارکرد و روابط خانوادگی ناکارآمد رابطه وجود دارد. اما از آنجا که اغلب این تحقیقات در جوامع غربی صورت گرفته است و با توجه به این‌که ساختار خانواده در جوامع غربی متفاوت‌تر از جوامع شرقی و نیز ایران است به نظر می‌رسد بهتر است تا مشابه این پژوهش‌ها در کشور ما نیز انجام گیرد؛ تلویحات عملی و درمانی پژوهش در قسمت بحث و نتیجه گیری ذکر شده است. با توجه به مطالب ذکر شده هدف اصلی این پژوهش بررسی کارکرد خانواده بیماران وسواسی بر اساس نظریه مک مستر و مقایسه آن با افراد سالم می‌باشد.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی بود که به منظور بررسی کارکردهای خانوادگی بیماران وسواسی انجام گرفته است. جامعه

تعاملات داخل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است، همه اعضا نسبتاً علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند. عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد و ابعاد همبستگی، آرمان خانواده و ابراز وجود پیش بینی کننده مناسبی برای سلامت روانی است. آسیب روانی اصولاً یک مشکل درون فردی در یک عضو خانواده نیست، بلکه یک فرایند تعاملی بین اعضای خانواده است. وقتی خانواده ای تهدید می‌شود، می‌تواند از طریق رفتارهای روان پریش یا بیمارگون دیگر به سوی تعادل پیش رود (۵).

یکی از مدل‌های مهم در زمینه بررسی کارکرد خانواده، مدل کارکرد خانواده مک مستر است. این مدل در اوایل دهه ۱۹۶۰ توسط Levin و Bishop, Epstein در دانشگاه مک مستر مطرح گردید (۶). مدل مک مستر به ارزشیابی ازدواج‌ها و خانواده‌ها می‌پردازد. این مدل که مبتنی بر رویکرد سیستمی می‌باشد ساختار، سازمان و الگوی تبادل واحد زناشویی را توصیف می‌کند و اجازه می‌دهد که روابط خانوادگی یا زناشویی در یک طیف سطحی، از وضعیت سلامت تا اختلال شدید روانی مورد آزمایش قرار گیرد (۶).

اگر چه مدل مک مستر تمام جنبه‌های کارکرد خانواده را پوشش نمی‌دهد اما ابعاد مهمی که اغلب نمود بالینی پیدا می‌کنند را مد نظر قرار می‌دهد. برای فهم ساختار و سازمان و الگوی تعاملی مرتبط با خانواده، این مدل شش بعد از زندگی خانودگی را مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌دهد: ۱- حل مساله: به طور خلاصه حل مساله نشان دهنده توانایی حل مشکلات در سطحی که کارکرد کارآمد خانواده را حفظ کند، می‌باشد. ۲- ارتباط: به چگونگی تبادل اطلاعات در بین اعضای خانواده اطلاق می‌شود. ۳- نقش‌ها: نقش‌ها کارآیی شیوه خانواده در توزیع و انجام وظایف را نشان می‌دهد. ۴- پاسخگویی عاطفی: به توانایی اعضای خانواده برای پاسخگویی متناسب هیجانی به محرک‌های مختلف اشاره می‌کند. ۵- درگیری عاطفی: به میزان علاقه، توجه و سرمایه گذاری اعضای خانواده در برابر یکدیگر اشاره دارد. ۶- کنترل رفتاری: استانداردها و آزادی‌های رفتاری را توصیف می‌کند (۷).

تحقیقات متعددی در زمینه مدل کارکرد خانواده مک مستر صورت گرفته است. اغلب پژوهش‌های صورت گرفته نشان داده‌اند که داشتن یک عضو با اختلال روانی در خانواده، یک پیش بینی کننده قوی برای وجود کارکرد خانودگی ضعیف یا روابط خانوادگی آسیب دیده است (۹،۸). با وجود این هنوز به طور دقیق مشخص

¹ Affective responsibility

² Affective involvement

ملک خسروی (۱۳۸۵) در ایران بر روی ۴۹۴ نفر هنجار یابی شده است. پایایی کل آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و آلفای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۳ گزارش شده است. اعتبار باز آزمایی آن بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (۱۶).

سیاهه وسواسی - اجباری مادسلی (MOCI) توسط Hodgson و Rachman (۱۹۷۷) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است (۱۷). این پرسش‌نامه شامل ۳۰ پرسش به صورت صحیح - غلط می‌باشد. افزون بر نمره کل وسواسی، پرسش‌نامه مادسلی شامل ۵ خرده مقیاس وارسی، شستشو، کندی، شک و نشخوار ذهنی می‌باشد (۱۸). راجمن و هاجسون (۱۹۸۰) اعتبار همگرا و پایایی با روش آزمون - آزمون مجدد این پرسش‌نامه را رضایت بخش گزارش کردند و اعتبار سازه این آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی تایید نمودند (۱۸). ویژگی‌های روان سنجی این پرسش‌نامه در ایران توسط پژوهش‌های مختلفی رضایت بخش اعلام شده است. برای مثال دادفر (۱۳۷۶) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن با مقیاس وسواسی - اجباری ییل را ۰/۸۷ گزارش کرده است (۱۹).

یافته‌ها

جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی و جدول شماره ۲ تحلیل نتایج به دست آمده از تی تست را نشان می‌دهد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

| گروه وسواس | | گروه سالم | | |
|------------|-------|-----------|-------|-------------|
| زن | مرد | زن | مرد | |
| ۲۷ | ۲۳ | ۲۷ | ۲۳ | فراوانی |
| ۳۷/۷۶ | ۳۲/۳۵ | ۳۵/۴۰ | ۳۴/۲۲ | میانگین سنی |

آماری پژوهش حاضر را بیماران وسواسی مراجعه کننده به درمانگاه‌های روان پزشکی (شامل درمانگاه بزرگمهر) و روانشناختی شهر تبریز (شامل درمانگاه علامه امینی) در سال ۸۸-۱۳۸۷ تشکیل می‌دادند، که از بین این بیماران ۵۰ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

شرایط اصلی ورود به طرح موارد زیر بودند: داشتن اختلال وسواسی - اجباری بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته روان پزشکی یا روان شناس بالینی و پرسش‌نامه مادسلی، نبود علائم پسیکوز، نبود اختلالات روانی دیگر، نداشتن عقب ماندگی ذهنی و نداشتن وابستگی دارویی. گروه کنترل نیز به همان تعداد از طریق همتاسازی با گروه وسواس 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 که توسط روان پزشکی یا روان شناس بالینی صورت می‌گرفت، شرکت می‌کردند تا عدم مبتلا بودن به اختلال وسواس یا دیگر اختلالات روان پزشکی در آن‌ها تایید شود. نحوه اجرا به این صورت بود بعد از مصاحبه روان پزشکی یا روان شناس بالینی و پس از تایید وجود اختلال وسواسی - اجباری (در گروه بیماران) پرسش‌نامه‌ها بر روی بیماران اجرا می‌شد، تمامی بیماران قبل از شروع دارو درمانی به تکمیل پرسش‌نامه‌ها اقدام می‌کردند. انجام مصاحبه‌ها، پرسش‌نامه‌ها و نیز تفسیر آن‌ها توسط یک نفر (یا روان شناس بالینی و یا روان پزشکی) انجام می‌گرفت.

برای جمع آوری داده‌های پژوهش از پرسش‌نامه‌های آزمون سنجش خانواده^۱ (FAD) و سیاهه وسواسی - اجباری مادسلی^۲ استفاده شد.

ابزار سنجش خانواده یک پرسش‌نامه ۶۰ سوالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بنا بر الگوی مک مستر، در سال ۱۹۸۳ توسط اپستین، بالدوین و بیشاپ تدوین شده است. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌کند و شش بعد از عملکرد خانواده را مشخص می‌کند. در این مقیاس علاوه بر شش بعد یک خرده مقیاس هم وجود دارد که عملکرد عمومی خانواده را می‌سنجد (۱۵).

این آزمون دارای اعتبار و روایی نسبتاً خوبی در ایران و جهان بوده است (همان) این پرسش‌نامه توسط زاده محمدی و

¹ Family Assessment Device

² Moudsley obsessive-compulsive Inventory

جدول ۲: نتایج آزمون تی ابعاد مختلف کارکرد خانواده در دو گروه وسواس و سالم

| بعد کارکردی | گروه | تعداد | میانگین | انحراف معیار | مقدار t | درجه آزادی | سطح معنی-داری |
|----------------|-------|-------|---------|--------------|---------|------------|---------------|
| حل مساله | سالم | ۵۰ | ۱/۹۴ | ۰/۲۹ | ۰/۰۸۵ | ۹۸ | ۰/۳۹ |
| | وسواس | ۵۰ | ۲/۰۱ | ۰/۴۳ | | | |
| ارتباط | سالم | ۵۰ | ۱/۶۰ | ۰/۳۳ | ۹/۵۰ | ۹۸ | ۰/۰۰۰ |
| | وسواس | ۵۰ | ۲/۴۵ | ۰/۳۹ | | | |
| پاسخگویی عاطفی | سالم | ۵۰ | ۲/۰۱ | ۰/۵۰ | ۱/۹۳ | ۹۸ | ۰/۰۵۷ |
| | وسواس | ۵۰ | ۲/۱۹ | ۰/۳۱ | | | |
| کنترل رفتاری | سالم | ۵۰ | ۲/۱۸ | ۰/۳۷ | ۰/۳۱ | ۹۸ | ۰/۷۵ |
| | وسواس | ۵۰ | ۲/۲۱ | ۰/۴۲ | | | |
| نقش | سالم | ۵۰ | ۲/۱۹ | ۰/۴۴ | ۱/۶۰ | ۹۸ | ۰/۱۱ |
| | وسواس | ۵۰ | ۲/۳۴ | ۰/۳۷ | | | |
| درگیری عاطفی | سالم | ۵۰ | ۱/۸۵ | ۰/۲۶ | ۴/۸۷ | ۹۸ | ۰/۰۰۰ |
| | وسواس | ۵۰ | ۲/۲۲ | ۰/۳۸ | | | |
| عملکرد عمومی | سالم | ۵۰ | ۱/۴۴ | ۰/۴۱ | ۹/۶۷ | ۹۸ | ۰/۰۰۰ |
| | وسواس | ۵۰ | ۲/۲۸ | ۰/۳۶ | | | |
| نمره کل تست | سالم | ۵۰ | ۱/۸۶ | ۰/۲۱ | ۷/۵۱ | ۹۸ | ۰/۰۰۰ |
| | وسواس | ۵۰ | ۲/۲۵ | ۰/۲۴ | | | |

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود کارکرد خانواده در دو گروه سالم و وسواس با هم متفاوت است. به این ترتیب که گروه وسواس در برخی از ابعاد مقیاس کارکرد خانواده، ضعیف‌تر از افراد سالم عمل می‌کنند. عملکرد عمومی گروه وسواس در مقایسه با گروه کنترل کارایی کم‌تری دارد ($p < 0/001$). بررسی بیشتر ابعاد کارکرد خانواده نشان داد که گروه وسواس در ابعاد ارتباط ($p < 0/001$) و درگیری عاطفی ($p < 0/001$) نیز کارایی کم‌تری نسبت به افراد سالم دارند. اما از سوی دیگر در ابعاد حل مساله، کنترل رفتاری، پاسخگویی عاطفی، و نقش هیچ تفاوت معنی‌داری بین بیماران وسواسی - اجباری با گروه سالم وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری

خانواده به‌عنوان یک سیستم کارکردهایی دارد که بر اساس مدل مک مستر شامل حل مساله، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخگویی عاطفی، درگیری عاطفی و کنترل رفتاری است. یافته‌های پژوهش حاضر و نیز پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که اختلال وسواسی - اجباری، با نقص در برخی از این کارکردهای خانواده

همراه است. یافته‌ها نشان دادند که خانواده بیماران وسواسی در بعد عملکرد عمومی ضعیف‌تر از گروه سالم عمل می‌کنند، که این یافته همسو با پژوهش‌هایی است که در این زمینه صورت گرفته‌اند (۱۳-۱۱). به‌طور کلی پژوهش‌های قبلی بر این امر صحت گذاشته‌اند که اختلالات اضطرابی (شامل اختلال وسواسی - اجباری) با برخی از ناکارآمدی‌های خانوادگی همراه هستند (۲۰). بی‌ثباتی والدین و نیز مقررات و نظم سخت و خشک از طرف آن‌ها می‌تواند بر اضطراب کودکان تاثیر بسزایی داشته باشد (۲۱). به نظر می‌رسد که تاثیر خانواده بر اعضا را می‌توان بر اساس مدل استرس - آسیب پذیری^۱ تبیین نمود به این صورت که احتمالاً فرد دارای آسیب پذیری ارثی یا ژنتیکی است که وی را مستعد بیماری می‌نماید و در صورتی که با رخداد های تنش زایی مثل رفتارهای نامناسب والدینی، بدکارکردی‌های بین فردی و خانوادگی مواجه شود، مبتلا به اختلال می‌گردد. همچنین یافته دیگر این پژوهش نشان داد که گروه وسواس در بعد ارتباط نیز با مشکل مواجه هستند. مشابه این یافته در تحقیقات قبلی نیز مشاهده شده است (۲۳، ۲۲، ۱۰). تعاملات نادرست والدین با فرزندان و نیز اضطراب والدین می‌تواند باعث شود تا کودکان دنیا را به صورت نا امن درک

¹ Stress- Diathesis

به طور کلی می‌توان گفت از آنجا که بر اساس اغلب دیدگاه‌های روان‌شناختی از جمله روانکاوی، رفتارگرایی، شناخت‌گرایی، انسان‌گرایی و اخیراً به طور جدی بوم‌نگرها، خانواده مهم‌ترین و بیشترین نقش را در تکوین شخصیت اعضای خود و در پدید آیی اختلالات روانی دارد، ضروری می‌نماید 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 موثرتر تضادهای مرتبط با نشانه‌های وسواسی است. به این ترتیب خانواده کارکردهای حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخگویی و درگیری عاطفی و نیز کنترل رفتاری خود را بهبود می‌بخشد. بنابراین بهتر است علاوه بر درمان بیماران وسواسی، مراقبان و اعضای خانواده فرد بیمار را نیز برای شرکت در برنامه‌های آموزشی مرتبط، تشویق کرد. همچنین بهتر است در جهت بهبود هر یک از ابعاد کارکردهای خانواده که اختلال در آن‌ها جزء عوامل زمینه ساز اختلال وسواسی - اجباری به شمار می‌آید، آموزش‌های لازم به خانواده‌های مستعد ارائه گردد. به‌عنوان مثال در جهت ارتقای نحوه رابطه برقرار کردن در خانواده می‌توان از آموزش مهارت‌های ارتباطی استفاده کرد. همچنین برای درمان این افراد بهتر است از خانواده درمانی استفاده شود.

محدودیت‌های مطالعه

این پژوهش نیز مانند اغلب پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی داشت که تعمیم یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. برای مثال می‌توان به حجم کم نمونه، تصادفی نبودن نمونه‌گیری و برابر نبودن تعداد زن و مرد را اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

در پایان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تیم پژوهشی روان‌پزشکی و علوم رفتاری که حمایت مالی طرح را بر عهده داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد.

کنند و توانایی مواجه شدن با خطرها را نداشته باشند و احساس اضطراب و پریشانی کنند (۲۴) و از آنجا که والدین افراد وسواسی نیز همچون والدین بیماران اضطرابی عمل می‌کنند (۲۵) این امر موجب می‌شود که والدین با تعامل نادرست با فرزندانشان علایم وسواس را در آن‌ها تشدید کنند و اگر این ارتباط همراه با خصومت و انتقاد نسبت به علایم وسواسی فرزندان خود باشد، ناخواسته شدت و یا فراوانی رفتارهای وسواسی را افزایش خواهند داد (۲۶). اما در پژوهش حاضر گروه وسواس علاوه بر ابعاد عملکرد عمومی و ارتباط در بعد درگیری عاطفی نیز با بدکارکردی مواجه هستند. به طور کلی درگیری عاطفی به میزان علاقه، توجه و سرمایه گذاری اعضای خانواده در برابر یکدیگر اشاره دارد. برخی از پژوهش‌ها نشان داده اند که در مقایسه با گروه کنترل، گروه وسواسی از نزدیکی و حمایت عاطفی کم‌تری در خانواده برخوردار بودند (۲۷). افراد مهم بیماران وسواسی معمولاً با انتقاد کلامی با آن‌ها رفتار می‌کنند (۲۸). از سوی دیگر تعارض یک پدیده رایج بین اعضای خانواده با فرد بیمار است (۲۹). به نظر می‌رسد که همه این عوامل نقش یک کاتالیزور را برای تحول یا شدت بخشیدن به اختلال وسواسی - اجباری بازی می‌کنند، که می‌توان آن را به عنوان استرس برای کسی دانست که آسیب پذیری زیادی برای این اختلال دارد. از سوی دیگر یافته‌های پژوهش حاضر از این نظر که کارکرد کلی خانواده بیماران وسواس با گروه سالم متفاوت است مغایر با یافته‌های پژوهشی است که توسط Derisly و همکاران (۲۰۰۵) انجام گرفت (۱۴)، استفاده از ابزارهای متفاوت برای سنجش کارکردهای خانوادگی، استفاده از نمونه‌هایی با شدت اختلال متفاوت و نیز تفاوت‌های فرهنگی در نوع ارتباطات و کارکردهای خانواده، را می‌توان از جمله عواملی دانست که باعث تفاوت در یافته‌های دو پژوهش شده اند.

References:

1. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, et al. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiat* 2006; 47: 270-5.
2. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, et al. Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity survey of 2000. *Am J Psychiat* 2006; 163: 1978-85.
3. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiat* 1995; 152: 441-3.
4. Magliano L, Tosini P, Guarneri M, Marasco C. Burden on the families of patients with obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Euro Psychiatry* 1996; 11: 192-7.

5. Sharf RS. Theories of psychotherapy counseling: concepts and cases. New York: The Guilford Press; 2008.
6. Carlson J, Sperry L, Lewis JA. Family therapy techniques. New York: Routledge; 2005.
7. Miller IW, Ryan CE, Kietner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster approach to families: theory, assessment, treatment and research. *J Fam Ther* 2000; 22: 168-89.
8. Tamplin A, Goodyer IM, Herbert J. Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *J Aff Dis* 2005; 48: 1-13.
9. Friedman MS, McDermut WH, Solomon DA, Ryan CE, Kietner GI, Miller IW. Family functioning in mental illness: a comparison of psychiatric and non-clinical families. *J Fam Pro* 1997; 36: 357-67.
10. Tamplin A, Goodyer IM. Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. *Euro Chd & Adcent Psy* 2001; 10:170-9.
11. Black DW, Gaffney G, Schlosser S, Gabel J. The impact of obsessive compulsive disorder on the family: Preliminary findings. *J Nerv Mntl Dis* 1998; 86: 440-2.
12. Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, et al. Familiarity of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1986-92.
13. Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 3-6.
14. Derisley J, Clark S, Reynolds S. Mental health, coping and family-functioning in parents of young people with obsessive-compulsive disorder and with anxiety disorders. *Br J Clin Psychiat* 2005; 44: 439-44.
15. Sanayi B, Alaeghaband S, Hooman H. Family and marital scales. Tehran: Besat Pub; 2001. (Persian).
16. Zadeh Mohammadi A, Malek Khshravi GH. The primary study of psychometric properties of Family Assessment Device (FAD). *J Fam Res* 2005; 5:69-89. (Persian).
17. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional compulsive complaints. *Behav Res Ther* 1977; 15: 389-95.
18. Rachman SJ, Hodgson RJ. Obsessions and compulsions. New Jersey: Prentice Hall Inc; 1980.
19. Dadfar M. The study of comorbidity of personality disorder in OCD compared with normal people (Dissertation). Tehran: Tehran Psychiatric Institute; 1997.
20. Last CG, Hersen M, Kazdin A, Orvaschel H. Anxiety disorders in children and their families. *Arch Gen Psychiat* 1991; 48: 928-34.
21. Cartwright-Hatton S, McNally D, White C. A new cognitive behavioral parenting intervention for families of young anxious children: a pilot study. *Behav Cogn Psychoth* 2005; 33: 243-7.
22. Hollander E, Stein DJ, Kwon JH, Rowland C, Wong CM, Broatch J, et al. Psychosocial function and economic costs of obsessive compulsive disorder. *CNS Spectr*; 2: 1997;2: 16-25.
23. Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *Am J Orthopsychiatr* 1996; 66: 296-304.
24. Gallagher B, Cartwright-Hatton S. The relationship between parenting factors and trait anxiety: mediating role of cognitive errors and meta cognition. *J Anx Dis* 2008; 22: 722-33.
25. Salkovskis P, Shafran R, Rachman S, Freeston MH. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behav Res Ther* 1999; 37: 1055-72.

26. Steketee G. Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behav Psychotherapy* 1993; 21: 81-95.
27. Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, Waller JL, McKeown RE, Addy CL, et al. Family and psychosocial predictors of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Child Fam Stud* 1995; 4: 193-206.
28. Tynes L, Sains C, Winstead D. Obsessive-compulsive patients: Familial frustration and criticism. *J Lou St Med Soc* 1990; 142: 24-9.
29. Livingston-Van Noppen B, Rasmussen S, Eisen J, McCartney L. Family function and treatment in obsessive-compulsive disorder. In: Henike M, Baer L, Minchiello W, Editors. *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. 2nd Ed. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1990. P.325-40.