

اثربخشی خانواده-درمانی به شیوهٔ شناختی-رفتاری بر بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتنای اختلال وسوسی-جبری

❖ زهرا خندقی خامنه^۱

چکیده: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خانواده-درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود روابط والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسوسی-جبری صورت پذیرفته است. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری همه نوجوانان و والدین نوجوانان مبتلا به اختلال وسوسی-جبری بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (کنترل و آزمایش) قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۸ جلسه تحت درمان خانواده-محور به شیوهٔ شناختی-رفتاری (CBFT) منطبق بر مدل فریمن و گارسیا (۲۰۰۹) قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پیش و پس از مداخله، برای سنجش رابطه والد-فرزنده از پرسشنامه ارزیابی رابطه والد (PCRS) (فاین و همکاران، ۱۹۸۳) استفاده شد. برنامه پیگیری ۶ ماهه براساس گزارشات خانواده-درمانگر و ارزیابی مستقل از شرایط اختلال صورت گرفت. داده‌های پژوهش از طریق آزمونهای تحلیل کوواریانس تک متغیری و چندمتغیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که خانواده-درمانی به شیوهٔ شناختی-رفتاری بر بهبود اختلال و ارتباط میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسوسی-جبری مؤثر است ($p < 0.05$). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که خانواده-درمانی به شیوهٔ شناختی-رفتاری در ابعاد عاطفه مثبت، آرزویی-سردرگمی نقش، همانندسازی و ارتباط یا گفت و شنود بر بهبود ارتباط والدین و نوجوان مبتلا به اختلال وسوسی-جبری مؤثر است ($p < 0.05$) و پیگیری ۶ ماهه نشان داد که در روابط والدین و فرزندان نوجوان آنان بهبود جدی ایجاد شده است.

کلید واژگان: خانواده-درمانی، ارتباطات والدین و نوجوانان، اختلال وسوسی-جبری

④ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۶/۰۱

۹۷/۰۶/۰۸

۱. زهرا خندقی خامنه، دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم.

مقدمه

نوجوانی دوران رشد زیستی، اجتماعی، احساسی و شناختی است و اگر به صورت رضایت‌بخش مورد توجه قرار نگیرد، احتمالاً منجر به مشکلات عاطفی و رفتاری در دوران بزرگسالی می‌شود (رجایی، حاجی‌اربایی و افضل‌القوم، ۱۳۹۳). بسیاری از رفتارها، هنجارها، ناهنجاریها، ارزشها و حتی بخشی از شخصیت افراد، در دوره نوجوانی شکل می‌گیرد. به همین دلیل، این دوره از اهمیت بسیار زیاد برخوردار است و مداخله در این دوره، روی دوران آتی زندگی به طور قطعی تأثیر بسزایی خواهد داشت (گلشیری، زمانی و شیرانی بیدآبادی، ۱۳۹۵). در این دوره بیشترین ناسازگاریهای رفتاری نمود پیدا می‌کند (شیفر^۱ و کیپ^۲، ۲۰۱۳). بنابراین با توجه به اینکه جوانان امروز، صاحبان آینده جامعه هستند، سلامتی و بیماری آنان در سلامتی و بیماری جامعه فردا و نسلهای آینده اثراتی قابل توجه خواهد داشت (صرف‌علیزاده، هاشم‌لو، باقریه و متuarفی، ۱۳۹۳).

در جهان امروز بهداشت روان از اهمیتی ویژه برخوردار است، زیرا در عصری زندگی می‌کنیم که به موازات پیشرفت‌های فناورانه، صنعتی، اقتصادی و اجتماعی، نابسامانیهای روانی و عصبی روز به روز در حال گسترش اند و بسیاری از افراد از ناراحتیها و نابسامانیهای روانی به شدت رنج می‌برند و نه تنها خود در عذاب هستند، بلکه خانواده و جامعه را نیز دچار مشکل می‌کنند (صرف‌علیزاده و همکاران، ۱۳۹۳). اختلالات روانی، یکی از شایع‌ترین بیماریهای جامعه کنونی است که به موجب آن رفتار انسان در برخورد با محیط اطراف و حتی خود فرد، دچار مشکل می‌شود. یکی از انواع اختلالهای روانی اختلال وسوس است (مرادی، ۱۳۹۶). وسوسه‌ها عبارت‌اند از: باورها، افکار، تکانه‌ها یا تصاویر سمجی که به دلیل ناهمخوانی، اضطراب و پریشانی چشمگیری ایجاد می‌کنند (بارلو^۳، ۲۰۰۸). اختلال وسوس می‌تواند ناتوان‌کننده باشد چون با عملکرد حرفه‌ای، فعالیت اجتماعی معمول و روابط با دوستان و اعضای خانواده تداخل می‌نماید (عبدی‌شرق، آهوان، دوستیان، اعظمی و حسینی، ۱۳۹۶). یکی از انواع اختلال وسوسی که در میان نوجوانان بسیار شایع است اختلال وسوسی - جبری است.

اختلال وسوسی - جبری، اختلالی شایع در جامعه است و آثار منفی این اختلال در عملکرد افراد قابل توجه است. نظریه‌های رایج نشان می‌دهند که اختلال وسوسی - جبری تحت تأثیر عوامل بیولوژیکی است (حسنوند عموزاده و عقیلی، ۱۳۹۴). در چهارمین و پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا وسوس فکری - عملی چهارمین اختلال شایع تشخیص داده شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳). این اختلال با هسته اضطرابی به سمت اختلالاتی که تأکید بر رفتارهای تکرار شونده و فعالیتهای ذهنی تکراری دارند تغییر شکل داده است

-
1. Shaffer
 2. Kipp
 3. Barlow
 4. American Psychiatric Association

(گونزالویس^۱، ۲۰۱۶). اختلال وسوسی - جبری معمولاً سیری درازمدت، اما متغیر دارد، در برخی از بیماران به صورت نوسانی و در برخی دیگر به صورت ثابت است (садوک و سادوک^۲، ۲۰۰۵). حال از آنجا که اختلال وسوسی - جبری یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که بر تمام جنبه‌های زندگی اثر می‌گذارد و با توجه به شیوع بالای اختلال وسوسی - جبری و اثرات مخربی که این اختلال در طولانی مدت بر روابط میان - فردی و ارتباطات اجتماعی دارد، مطالعه در این زمینه ضروری بدنظر می‌رسد (صرف علیزاده و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین یافتن راه حل‌هایی برای کاهش اثرات منفی اختلال وسوسی - جبری در روابط نوجوانان اعم از ارتباطات با جامعه، والدین، دوستان و غیره لازم به نظر می‌رسد و امر ضروری و حیاتی است. محققان در جهت رفع مشکلات اختلال وسوسی - جبری در نوجوانان، روش درمان شناختی - رفتاری را مؤثر گزارش کرده‌اند (رزا آلکازار^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین یکی از راه‌های کاهش اثرات منفی اختلال وسوسی - جبری در ارتباطات میان والدین و نوجوانان استفاده از اثر خانواده - درمانی است. ارتباط والدین با نوجوانان تأثیری سبزادر سلامت و رشد روانی نوجوانان دارد و نحوه برخورد والدین با نوجوانان خود می‌تواند از عوامل تأثیرگذار در حالات هیجانی عاطفی و رفتاری نوجوانان باشد (رجایی و همکاران، ۱۳۹۳).

در پژوهشی استکتی^۴ و وان نوبن^۵ (۲۰۰۳) دریافتند که خصومت، درگیری هیجانی بیش از حد و انتقاد والدین از فرزند، تأثیر منفی بر درمان بیماران مبتلا بر اختلال وسوسی - جبری می‌گذارد. زمانی که خانواده از چرخه‌های زندگی خود در حال گذر است، می‌کوشد تعادل ظریف میان ثبات و تغییر را حفظ کند و هر چقدر خانواده کارکردی سالم‌تر داشته باشد، در طول دوره‌های انتقالی خانواده نسبت به تغییر گشوده‌تر است و بیشتر مایل است که متناسب با شرایط متغیر، ساختار خود را اصلاح کند (مرادی، ۱۳۹۶).

نقش خانواده در مبتلا شدن و حفظ بیماری غیر قابل انکار است. برای مثال مشکلات مرتبط به رفتارهای وسوسی در نوجوانان و انطباق یافتن والدین با این رفتارهای وسوسی می‌تواند بر عملکرد کلی خانواده تأثیر بگذارد که هم پدر و مادر و هم خواهرها و برادران را درگیر کند. شاید انطباق یافتن با رفتارهای خانواده نخست مفید باشد، اما در نهایت منجر به تقویت شدن رفتار وسوسی در دراز مدت می‌شود (فریمن و گارسیا، ۲۰۰۹). از این رو عملکرد و ساختار خانواده می‌تواند در ایجاد و تداوم اختلال نقشی مهم داشته باشد (کوستینیو^۶ و همکاران، ۲۰۱۵). شایان ذکر است که یکی از رویکردهای درمانی پرکاربرد در حوزه مشکلات روان‌شناسنخtri، خانواده - درمانی است (خدایاری‌فرد، علوی‌نژاد،

1. Gonçalves
2. Sadock, B. J. & Sadock, V. A.
3. Rosa-Alcázar
4. Steketee
5. Van-Noppen
6. Cosentino

سجادی اناری و زندی، ۱۳۹۵). در گیر بودن والدین در فرایند درمان نوجوانان مبتلا به اختلال وسوسی - جبری دارای اهمیت ویژه است. اولاً، عملکرد ضعیف و سطح بالای فشار روانی، تعارض و مقصرسازی در بستکان نوجوانان مبتلا به وسوسی دیده شده است (پریس^۱ و همکاران، ۲۰۱۲)، ثانیاً، سازگاری و تطبیق خانواده با نشانه‌های وسوسی - جبری (مانند: مشارکت در مناسک وسوسی، اطمینان‌بخشی و تغییر آداب) مشهود است (کاپورینو^۲ و همکاران، ۲۰۱۲، استورچ^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). سازگاری و تطبیق خانواده با علائم بیمار پیش‌بین نتایج درمانی ضعیف است (بارت^۴ و همکاران، ۲۰۰۵؛ گارسیا و مکداول^۵؛ مرلو^۶ و همکاران، ۲۰۰۹؛ پریس و همکاران، ۲۰۱۲). خانواده اولین بستری است که فرزندان در آن فکر، احساس و رفتار می‌کنند، یاد می‌گیرند و رشد می‌یابند (سیدموسوی، مختارنیا و کلانتری، ۱۳۹۴) و خانواده‌های کارآمد به قدری امنیت دارند که دامنه وسیعی از تجربه را ترغیب و حمایت می‌کنند. از دیگر سوی، خانواده‌های ناکارآمد، ترسان و بی‌رقانه مهارت‌های حل مسأله در این خانواده‌ها جایی ندارند، خانواده ساختار خاصی ندارد و پرورش با آغوش باز و تجربه طبیعی و خودجوش در این خانواده‌ها واجد اهمیت نیست (اسمعیلی و ریاحی، ۱۳۹۴). پژوهشها نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال وسوسی - جبری و خانواده‌های آنان در بعد عاطفة مثبت^۷ از افراد گروه کنترل نمره پایین‌تر می‌گیرند و روابط میان - فردی مخدوش تری با یکدیگر دارند (آلنسو^۸ و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین توجه به خانواده و اصل خانواده - درمانی می‌تواند به بهبود اختلال و ارتباطات میان والدین و نوجوانان یاری‌رسان باشد. برای مثال نتایج پژوهش رنشا^۹ و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد وقتی که والدین به مثابه مربی یا همراه روان درمانگر در درمان اختلال وسوسی در جلسات حضور می‌یابند، نتیجه بهتری از درمان به دست می‌آید.

نتایج پژوهشی که امیر^{۱۰}، فرشمن^{۱۱} و فوآ^{۱۲} (۲۰۰۰) انجام دادند، نشان داد که خانواده افراد مبتلا به اختلال وسوسی - جبری بیش از گروه کنترل بیشتر تحت فشار روانی قرار می‌گیرند و رفتارهایی مانند انطباق با وسوس و طرد بیمار نشان می‌دهند و رابطه‌ای مخدوش تر با یکدیگر و با بیمار دارند که بر حفظ بیماری دامن می‌زند.

-
1. Peris
 2. Caporino
 3. Storch
 4. Barrett
 5. McDowell
 6. Merlo
 7. Positive affect
 8. Alonso
 9. Renshaw
 10. Amir
 11. Freshman
 12. Foa

با توجه به دلایل گفته شده، درمان خانواده - محور به شیوه شناختی - رفتاری برای اختلال وسوسی - جبری که شامل تکنیکهای والد - محور مانند آموزش‌های روانشناختی، حل مسئله و دستورالعمل‌هایی برای حل و فصل سازگاری و تطبیق با عالم در خانواده است، ضروری بهنظر میرسد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که هرچه در گیری والدین در جلسات درمان بیشتر باشد، نتایج بهتری در درمانهای شناختی - رفتاری حاصل می‌شود (رزا آلکازار و همکاران، ۲۰۱۷)، رودی و همکاران (۲۰۱۴) لوینگستون وان نوین و همکاران (۱۹۹۰) گزارش کردند که سازگاری و تطبیق خانواده پیش‌بین شدت عالم و بازگشت اختلال در کودکان مبتلا به اختلال وسوسی - جبری پس از دوره‌های فشرده خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری است.

با توجه به مطالب بیان شده ضرورت انجام این پژوهش زمانی آشکار می‌شود که تعاملات خانواده و رفتارهای والدین می‌تواند به منزله یکی از عوامل تداوم بخش اختلال در نوجوان مبتلا شناسایی شود و در جهت بھبود بیمار به کار گرفته شود. بنابراین به سبب فقدان پژوهش‌های منسجم در این حوزه، نیاز به انجام دادن این پژوهش بیشتر احساس می‌شود.

روش پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری همه نوجوانان و والدین نوجوانان مبتلا به اختلال وسوسی - جبری در بیمارستان امام حسین(ع) تهران بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (کنترل و آزمایش) قرار گرفتند. معیار ورود به پژوهش شامل سن آزمودنیها (۱۳-۱۷ ساله) و تشخیص اختلال وسوسی - جبری منطبق بر معیارهای DSM-5 بود که روانپزشک با روش ارزیابی جامع اختلال وسوسی - جبری در مرکز درمانی امام حسین (ع) تعیین می‌کرد. والدین این نوجوانان باید در جلسات شرکت می‌کردند. افزون بر این آزمودنیها فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت آموزش‌های خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری^۱ (CBFT) قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات هفته‌ای یک بار، دو ساعت به مدت هشت هفته در بیمارستان امام حسین(ع) تشکیل شد. برنامه آموزش به این شکل بود که مداخله در ۸ جلسه ۲ ساعته انجام می‌شد. در هر جلسه ۱۰ دقیقه برای تنظیم برنامه جلسه، ۱۰ دقیقه صرف بررسی نوع آموزش و ۸۰ دقیقه از هر جلسه صرف خانواده - درمانی شناختی - رفتاری شد. از آنجا که درمان اختلال وسوسی - جبری در نوجوانان بسیار متفاوت با درمان آن در بزرگسالان است، بنابراین بخش اعظم درمان مبتنی بر کمک گرفتن از والدین برای یافتن ابزاری مناسب به منظور کمک به نوجوان بود. خانواده در این درمان مججهز به مهارت‌هایی شد که بتواند با مشکلات این اختلال

1 . Cognitive-Behavioral Family Treatment

دست و پنجه نرم کند. هدف از این درمان، یافتن روش‌هایی بود که آثار اختلال وسوسی - جبری را بر فرد و خانواده اش کاهش دهد. خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری به کار گرفته شده در این پژوهش، اقتباس از الگوی جنیفر بی فریمن و آبه مارس گارسیا^۱ (۲۰۰۹) است که در آن آموزش‌های روانشناختی به والدین داده می‌شود و والدین در نقش یک همکار درمانگ ظاهر می‌شوند. به نوجوانان هم یک کتابچه تمرین خانگی داده می‌شود که در طول جلسات، تکالیف خود را ثبت کنند.

مراحل جلسات

جلسات خانواده - درمانی شناختی - رفتاری انجام شده شامل مراحل زیر است:

برای نوجوانان

- شناسایی و رصد کردن علائم اختلال وسوسی - جبری،
- یادگیری اینکه چگونه علائم اختلال وسوسی - جبری را برونشاری کنند،
- استفاده از سنجه‌های احساسات برای درجه‌بندی احساس اضطراب،
- همکاری با والدین برای ساختن هرم علائم و مواجهه‌سازی همراه با تکنیک بازداری از پاسخ.

برای والدین

- توجه تمایزیافته: استفاده از توجه کردن برای عوض کردن رفتار نوجوان،
- مدل‌سازی: آگاهی از اینکه چگونه رفتار والدین موجب شکل‌گیری و تأثیر بر رفتار نوجوان شده است،
- چارچوب‌بندی: کار کردن دوشادوش نوجوان به منظور تغییر پاسخهای هیجانی اش به موقعیت و نهایتاً کمک کردن به او با روش‌های سازگارانه‌تر و مستقلانه.

اهداف دیگر درمان

- ارتقای مهارت‌های مثبت حل مسئله مرتبط به اختلال وسوسی - جبری در خانواده (برای مثال کاهش سازش خانواده با علائم اختلال وسوسی - جبری و کاهش انتقاد و خصومت مرتبط با اختلال وسوسی - جبری)،
- فهم اینکه چگونه ترسها و اضطرابهای والدین با رفتار نوجوان تعامل می‌کند.

1. Jeniffer B. Freeman & Abbe Marrs Garcia

گامهای جلسات

- جلسه اول. برقراری ارتباط و ایجاد آمادگی در شرکت‌کنندگان و اجرای پیش‌آزمون،
- جلسه دوم. بررسی و شناخت اعضا و توضیح روش و اهداف جلسات.
- جلسه سوم. بیان موضوعهای پایه مانند توجه تمایزیافته، تشویق و تقویت فرزندان، الگوسازی، چارچوب‌بندی، همدلی، عادی و طبیعی جلوه‌دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندان،
- جلسه چهارم. آموزش ایراز وجود و رفتار قاطعانه (آشنایی والدین با انواع رفتار و اثر آن در برقراری ارتباط، آشنایی با مهرطلبی و چگونگی به کارگیری رفتار قاطعانه)،
- جلسه پنجم. آموزش کنترل خشم و دیگر هیجانات خصمانه، انتقاد و مقصسرسازی و ارائه تکلیف در مورد این مهارت به والدین،
- جلسه ششم. افزایش تبادلات رفتاری مثبت و کاهش تنبیه به والدین،
- جلسه هفتم. آموزش مهارت حل مسئله و نقش آن در کاهش عوامل مربوط به مشکلات ارتباطی میان والدین و فرزندان،
- جلسه هشتم. بحث و گفتگو درباره تغییرات اتفاق افتاده در رفتار فرزندان، در مقایسه با ۸ جلسه پیش و اجرای پس‌آزمون.

ابزار آزمون

از پرسشنامه رابطه والد - فرزند^۱ (PCRS) (فاین^۲ و همکاران، ۱۹۸۳) که شامل ۲۴ سوال و دو فرم مادر و پدر بود پیش و پس از مداخله، استفاده شد. مقیاس رابطه والد - فرزندی با ضرایب آلفای ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ برای خردمندانهای مربوط به پدر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶ و ضرایب آلفای ۰/۶۱ (همانندسازی) تا ۰/۹۴ برای خردمندانهای مربوط به مادر نیز آلفای کلی ۰/۹۶ همسانی درونی عالی دارد؛ این ضرایب آلفا را سازندگان مقیاس با اجرای پرسشنامه بر ۲۴۱ دانشجو بدست آورده‌اند. در پژوهشی که پرهیزگار (۱۳۸۱) انجام داده است ضرایب پایانی محاسبه شده برای پرسشنامه فرم پدر برابر با ۰/۹۳ و برای فرم مادر ۰/۹۲ بوده است که نشان دهنده همسانی درونی خوبی است (عراقی، ۱۳۸۷).

داده‌های پژوهش از طریق آزمونهای تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری تحلیل شدند.

1. Parent-Child Relationship Survey
2. Fine

■ یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل کردن داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی؛ جدول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و روش آمار استنباطی؛ تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری استفاده شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی نمره پیش آزمون و پس آزمون رابطه والد-فرزنده در گروه کنترل و آزمایش

پس آزمون	بیش آزمون	گروه	متغیر		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۳۱۸	۵/۴۲۳	۰/۳۳۶	۴/۳۱۱	آزمایش	عاطفه مثبت
۰/۲۶۴	۴/۴۴۶	۰/۲۷۹	۴/۳۵۰		
۰/۵۰۷	۴/۶۱۴	۰/۳۳۲	۳/۸۱۲	آزمایش	آزدگی / سردگمی نقش
۰/۲۹۵	۳/۹۲۰	۰/۲۷۶	۳/۷۷۵		
۰/۱۸۶	۵/۲۲۷	۰/۲۱۹	۳/۹۱۲	آزمایش	همانندسازی
۰/۱۹۴	۴/۲۵۰	۰/۱۸۰	۴/۰۸۰		
۰/۲۸۸	۵/۱۲۰	۰/۳۱۰	۴/۲۲۲	آزمایش	ارتباط یا گفت و شنود
۰/۲۹۲	۴/۶۶۶	۰/۳۱۴	۴/۴۱۶		
۰/۱۹۶	۵/۰۱۸	۰/۱۷۲	۴/۴۱۲	آزمایش	رابطه والد - فرزندی (کلی)
۰/۱۷۹	۴/۵۵۵	۰/۱۶۵	۴/۳۸۰		

با توجه به آماره‌های توصیفی در جدول ۱، ارتباط والد فرزندی به صورت کلی در ۱۵ نفر از والدین گروه آزمایش در پیش آزمون با میانگین در ۴/۴۱۲ و در پس آزمون ۵/۰۱۸ بوده است. در ۱۵ نفر از والدین گروه کنترل میانگین نمره رابطه والد-فرزنده به صورت کلی در پیش آزمون ۴/۳۸۰ و در پس آزمون ۴/۵۵۵ بوده است (سایر نتایج در جدول ۱).

جدول ۲. بررسی چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

چولگی		کشیدگی		متغیر
آماره	خطا	آماره	خطا	
-۰/۳۲۷	۰/۴۷۲	-۰/۱۶۷	.۹۱۸	عاطفه مثبت
-۰/۵۱۲	۰/۴۷۲	۰/۸۵۷	.۹۱۸	آزدگی / سردرگمی نقش
-.۳۹۴	.۴۷۲	.۵۳۳	.۹۱۸	همانندسازی
-.۴۷۲	.۴۷۲	.۳۸۳	.۹۱۸	ارتباط یا گفت و شنود
-.۳۸۱	.۴۷۲	.۴۳۶	.۹۱۸	رابطه والد - فرزندی (کلی)

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیرهای پژوهش در بازه (۲، -۲) قرار دارد. یعنی از لحاظ کجی متغیرهای پژوهش نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی آنها نیز در بازه (۲، -۲) قرار دارد. این نشان می‌دهد توزیع متغیرها از کشیدگی نرمال برخوردار است.

در ادامه این قسمت توزیع داده‌ها بررسی شده و از طریق آزمونهای شاپیرو ویلک و لوین نحوه پارامتریک بودن یا ناپارامتریک بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۳. آزمون شاپیرو ویلک و آزمون لوین به منظور بررسی نرمالیتی داده‌ها

آزمون لوین		آزمون شاپیرو ویلک		متغیر
سطح معناداری	F	سطح معناداری	آماره	
.۹۶۳	.۰۰۲	.۲۲۲	.۹۴۶	عاطفه مثبت
.۴۳۶	.۵۲۰	.۱۱۳	.۹۵۸	آزدگی / سردرگمی نقش
.۸۳۵	.۰۴۵	.۳۱۰	.۹۵۳	همانندسازی
.۳۶۱	.۹۳۸	.۲۷۷	.۹۶۱	ارتباط یا گفت و شنود
.۵۴۱	.۱۱۸	.۲۵۷	.۹۴۶	رابطه والد - فرزندی (کلی)

با توجه به نتایج معیار تصمیم (P-Value) که این مقدار بیشتر از سطح معناداری ۰/۰۵ است، بنابراین دلیلی برای رد این فرض که نمونه مورد نظر از توزیع نرمال به دست آمده است وجود ندارد.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسوسی - جبری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	مقدار معناداری سطح	مقدار اثر
پیش آزمون	۰/۱۰۷	۱	۱۰۸/۰۳۷	۵/۲۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲
گروه	۳/۴۰۰	۱	۱۰۴۳/۴۳۸	۱۶۶/۵۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱۰
خطا	.۵۵۱	۲۷	۲۴/۲۷۳			

در جدول شماره ۴ با توجه به اینکه سطح معناداری کمتر از $0/05$ است، لذا در این سطح H^0 رد H^1 (فرضیه محقق) پذیرفته می‌شود. یعنی نمرات رابطه والد-فرزندی در گروه آزمایش به طور معنادار بیشتر از گروه کنترل است. در نتیجه خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسوسی - جبری گروه آزمایش تأثیر داشته است. با توجه به مقدار اثر، میزان تأثیر خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسوسی - جبری $0/71$ درصد بوده است.

در ادامه به بررسی اثرات خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری در ابعاد بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسوسی - جبری پرداخته شده است.

جدول ۵. نتایج آزمونهای اثر بیبایی، لامبای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی

نام آزمون	مقدار	F میزان	سطح معناداری
اثرپیلای	۰/۶۳۹	۶/۸۴۱	۰/۰۰۰
لامبای ویلکز	۰/۳۶۱	۶/۸۴۱	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۱/۷۷۳	۶/۸۴۱	۰/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۷۷۳	۶/۸۴۱	۰/۰۰۰

جدول ۵ نشان می‌دهد که میان گروه آزمایش و کنترل از لحظه متغیرهای واسطه در سطح $1<P<0/001$ تفاوت معنادار وجود دارد. بر این اساس، می‌توان بیان داشت که دستکم در یکی از متغیرهای وابسته (عاطفه مثبت، آزدگی / سردگمی نقش، همانندسازی، ارتباط یا گفت و شنود) میان دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد. برای بیان تفاوت، تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام گرفته که نتایج به دست آمده از آنها در جدول ۶ درج شده است.

جدول ۶. نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگینهای گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مقدار اثر
عاطفه مثبت	۳/۱۵۷	۱	۳/۱۵۷	۳/۱۵۷	۰/۰۰۱	.۷۲۵۲
آزدگی / سردگمی نقش	۲/۴۶۳	.۱	۲/۴۶۳	۵/۵۷۷	۰/۰۰۳	.۷۴۶۷
همانندسازی	۲/۸۸۴	.۱	۲/۸۸۴	۷/۱۱۲	۰/۰۰۱	.۷۷۸۴
ارتباط یا گفت و شنود	۱/۹۱۶	۱	۱/۹۱۶	۳/۳۳۰	۰/۰۳۸	.۰۳۵۵

همان طور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود، F حاصل از مقایسه میانگین نمره‌های ابعاد رابطه والد - فرزندی معنادار است. براین اساس می‌توان گفت که خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری در ابعاد بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسوسی - جبری مؤثر بوده است ($p < 0.01$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری بر بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسوسی - جبری بود. نتایج حاصل از بررسی فرضیات پژوهش بیانگر این امر بود که دوره‌های خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری سبب بهبود روابط میان والدین و نوجوانان در گروه آزمایش شده است و آموزش خانواده می‌تواند نقشی مهم در بهبود اختلال و روابط میان - فردی بیمار داشته باشد. افزون بر این، نتایج حاصل از بررسی فرضیات پژوهش نیز بیانگر این امر بود که خانواده - درمانی به شیوه شناختی - رفتاری برای بهبود ارتباطات میان والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسوسی - جبری موجب تفاوت معنادار در عاطفه مثبت، آزدگی / سردگمی نقش، همانندسازی، ارتباط یا گفت و شنود در ارتباطات والد - فرزندی شده است.

این نتایج با پژوهش مرادی (۱۳۹۶) و بزرگمنش و همکاران (۱۳۹۵) و یافته‌های کومر^۱ و همکاران (۲۰۱۴) و گینزبورگ^۲ (۲۰۱۱) همسو بود. همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از این است که با مداخلات صورت گرفته عاطفه مثبت در افراد تحت درمان تفاوت معنادار با گروه کنترل داشته است. این یافته‌ها همسو با پژوهش آنسو و همکاران (۲۰۰۸) است که نشان می‌دهد که

1. Comer
2. Ginsburg

عاطفه مثبت در خانواده‌های افراد درگیر اختلال وسوسی - جبری، پایین‌تر از گروه کنترل است. حال آنکه پس از مداخلات صورت گرفته، شاهد افزایش این عامل در گروه تحت درمان بودیم. نتایج پژوهش امیر و همکاران (۲۰۰۰)، نشان داده است که ارتباط مخدوش شده در خانواده افراد مبتلا به اختلال وسوسی - جبری پس از مداخله، در بعد ارتباط و گفتگو تفاوت معناداری با گروه کنترل داشته است.

همچنین مرحله پیگیری نشان داده که نتایج پژوهش همسو با یافته‌های رزا آلکازار و همکاران (۲۰۱۷) و رودی و همکاران (۲۰۱۴) است. براساس این یافته‌ها هرچه درگیری والدین در جلسات درمان بیشتر باشد، نتایج بهتری در درمانهای شناختی - رفتاری حاصل می‌شود و سازگاری و تطبیق خانواده افزایش می‌یابد و شدت علائم و احتمال بازگشت اختلال کاهش می‌یابد. به علاوه یافته‌ها پیرو پژوهش لیوینگستون نوین و همکاران (۱۹۹۰) بود که نتیجه گرفتند با افزایش پاسخگویی با عاطفه مثبت از سوی والدین، میزان بهره‌وری و عدم بازگشت اختلال در درمان بیشتر خواهد بود.

از محدودیتهای پژوهش می‌توان به ناممکن بودن گمارش تصادفی به دلیل وجود مشکلات در زمینه بالینی اشاره کرد. به علاوه انجام پژوهش با نمونه بزرگتر و تصادفی برای تأیید داده‌های این پژوهش، ضرورت دارد. با توجه به کوچک بودن نمونه و نمونه‌گیری در دسترس، تعمیم‌پذیری نتایج با مشکل مواجه است.

نتایج این پژوهش می‌تواند برای نهادهایی مانند نهاد بهداشت و سلامت و همچنین بالینگران حوزه سلامت روان در درمان اختلال وسوسی - جبری و بالا بردن کیفیت روابط میان - فردی خانواده‌های درگیر با این اختلال کاربرد عملی داشته باشد. همچنین می‌تواند در کنترل زمینه‌های بازگشت اختلال، پیشگیرانه و مثمر ثمر واقع شود. در پایان پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی با جامعه‌ای بزرگتر بهره بگیرند.

منابع

REFERENCES

- اسمعیلی، معصومه و ریاحی، موسی. (۱۳۹۴). رابطه انسان‌شناسی با الگوی خانواده درمانی تجربه‌نگر - انسان‌گرا. رویش روان‌شناسی، ۴ (۱۱)، ۶۵-۸۶.
- بزرگ‌منش، کاملیا؛ نظری، علی‌محمد و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۵). اثربخشی خانواده درمانی بر انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده. پرستاری و مامایی جامع‌نگر، ۲۶ (۸۲)، ۲۷-۳۵.
- حسنوند عموزاده، مهدی و عقیلی، محمدمهدى. (۱۳۹۴). پیش‌بینی کننده‌های شناختی عالم وسوسی - جبری در دانشجویان. مجله سلامت و مراقبت، ۱۷ (۴)، ۲۸۱-۲۹۰.
- خدایاری‌فر، محمد؛ علوی‌نژاد، ثریا؛ سجادی‌اناری، سعید و زندی، سعید. (۱۳۹۵). اثربخشی خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر اختلال تنوع‌طلبی جنسی. رویش روان‌شناسی، ۵ (۴)، ۸۵-۱۱۶.
- رجایی، علیرضا؛ حاجی‌اربایی، فاطمه و افضل‌القوم، حمیده. (۱۳۹۳). بررسی رابطه نحوه برخورد والدین با بحران هویت نوجوانان. فصلنامه پژوهش‌های تربیتی، ۹ (۳۹)، ۷۳-۸۴.
- سیدموسوی، پریسا سادات؛ مختارنیا، ایرج و کلاتسری، فاطمه. (۱۳۹۴). خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری نوجوان دارای پدر مبتلا به سوء مصرف مواد: مطالعه موردی. رویش روان‌شناسی، ۴ (۱)، ۵-۲۵.
- صرف‌علیزاده، فاطمه؛ هاشم‌لو، لیلا؛ باقریه، فرزانه و متعارفی، حسین. (۱۳۹۳). بررسی شیوه اختلال وسوسی - جبری دانشجویان دانشگاه‌های شهرستان خوی. ۱۳۹۱. فصلنامه روان‌پرستاری، ۲ (۲)، ۱۳-۲۱.
- عبدی‌شرق، نجمه؛ آهون، مسعود؛ دوستیان، یونس؛ اعظمی، یوسف و حسینی، سیپیده. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان طرح‌واره درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرح‌واره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسوسات فکری و عملی. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۷ (۲۶)، ۹۱-۱۶۳.
- عرائی، یحیی. (۱۳۸۷). بررسی کیفیت رابطه والد - فرزندی در دو گروه از دانش‌آموزان پسر پرخاشگر و غیرپرخاشگر. مطالعات روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه‌الزهراء (س)، ۴ (۴)، ۱۲۹-۱۱۳.
- گلشیری، پرستو؛ زمانی، احمدرضا و شیرانی بیدآبادی، محمد. (۱۳۹۵). ارتباط هوش هیجانی و مؤلفه‌های روان‌شناسی در نوجوانان. مجله دانشکده پژوهش‌کی اصفهان، ۳۴ (۴۰)، ۲۳۲-۱۴۳۰.
- مرادی، امید. (۱۳۹۶). اثربخشی خانواده درمانی ساختاری بر کاهش نشانگان اختلال وسوسات فکری - عملی. اندیشه و رفتار، ۱۲ (۴۳)، ۱۷-۲۶.

- Alonso, P., Menchón, J. M., Jiménez, S., Segalas, J., Mataix-Cols, D., Jaurrieta, N., ... Pujol, J. (2008). Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 159-168.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*(5th ed.). American Psychiatric, Inc.
- Amir, N., Freshman, M., & Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 209-217.
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed.). The Guilford Press.
- 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. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 1005-1014.
- Caporino, N. E., Morgan, J., Beckstead, J., Phares, V., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2012). A structural

equation analysis of family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1) 133-143.

- Comer, J. S., Furr, J. M., Cooper-Vince, C. E., Kerns, C. E., Chan, P. T., Edson, A. L., ... Freeman, J. B. (2014). Internet-delivered, family-based treatment for early-onset OCD: A preliminary case series. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(1), 74-87.
- Cosentino, T., Faraci, P., Coda, D., & D'Angelo, R., De Pari, L. A., di Crescenzo, M. R., ... Scelza, A. (2015). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: A study on associated variables. *Journal of Clinical Neuropsychiatry*, 12(5), 128-134.
- Fine, M. A., Moreland, J. R., & Schwebel, A. I. (1983). Long-term effects of divorce on parent-child relationships. *Developmental Psychology*, 19(5), 703-713.
- Freeman, J. B., & Garcia, A. M. (2009). *Family based treatment for young children with OCD*. Oxford University Press.
- Garcia, M., & McDowell, T. (2010). Mapping social capital: A critical contextual approach for working with low-status families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 96-107.
- Ginsburg, G. S., Burstein, M., Becker, K. D., & Drake, K. L. (2011). Treatment of obsessive-compulsive disorder in young children: An intervention model and case series. *Child & Family Behavior Therapy*, 33(2) 97-122.
- Gonçalves, O. F., Carvalho, S., Leite, J., Fernandes-Gonçalves, A., Carracedo, A., & Sampaio, A. (2016). Cognitive and emotional impairments in obsessive-compulsive disorder: Evidence from functional brain alterations. *Porto Biomedical Journal*, 1(3), 92-105.
- Livingston-Van Noppen, B., B., Rasmussen, S. A., Eisen, J., & McCarthey, L. (1990). Family function and treatment in obsessive-compulsive disorder. In M. A. Jenike, L. Baer, & W. E. Minichiello (Eds.), *Obsessive compulsive disorders: Theory and management* (pp. 325-340). Chicago, IL: Yearbook Medical.
- Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 355-360.
- Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 255-263.
- Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 164-175.
- Rosa-Alcázar, A. I., Iniesta-Sepúlveda, M., Storch, E. A., Alcázar, A. L., Parada-Navas, J., & Rodríguez, J. (2017). A preliminary study of cognitive-behavioral family-based treatment versus parent training for young children with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 208, 265-271.
- Rudy, B. M., Lewin, A. B., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Predictors of treatment response to intensive cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 433-440.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shaffer, D., & Kipp, K. (2013). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Cengage Learning.
- Steketee, G., & Van Noppen, B. (2003). Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*; 25(1), 43-50.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Mann, G., Duke, D., Munson, M., ... Goodman, W. K. (2007). Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 469-478.