

مقایسه عملکرد خانواده و همجوشی فکر - عمل در مبتلایان به اختلال وسواسی جبری، دوقطبی و افراد عادی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۲۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۶

خلاصه

مقدمه: در بین مشکلات روان‌شناختی، اختلالات خلقی و وسواسی - جبری به دلیل ماهیت عودکننده، سالانه هزینه‌های گزافی به جامعه تحمیل می‌کنند، در همین راستا مطالعه حاضر با هدف مقایسه عملکرد خانواده و همجوشی فکر - عمل در افراد وسواسی جبری، دوقطبی و بهنجار انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش متشکل از کلیه بیماران وسواسی - جبری و دوقطبی بستری و مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمی و مطب‌های روان‌پزشکی شهر اردبیل در دی و بهمن ۱۳۹۸ و خرداد و تیر ۱۳۹۹ می‌باشد که از طرف متخصصین تشخیص اختلال وسواسی - جبری و دوقطبی دریافت کردند. از این جامعه آماری فوق تعداد ۴۰ نفر افراد وسواسی - جبری، ۴۰ نفر افراد دوقطبی و ۴۰ نفر افراد بهنجار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار این پژوهش پرسشنامه عملکرد خانواده تاویتیان و همکاران (۱۹۸۷) و پرسشنامه همجوشی فکر - عمل راچمن و شافران (۱۹۹۸) بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-25 و با آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که افراد دارای اختلال دوقطبی و وسواسی جبری عملکرد خانواده کمتری نسبت به افراد بهنجار دارند. همچنین، میانگین نمرات ادغام فکر و عمل در افراد دارای اختلال وسواسی جبری و دوقطبی بالاتر از افراد بهنجار بود. ($P < 0/05$)

نتیجه‌گیری: این نتایج نشان می‌دهد که اختلال در بدکارکردی خانواده و از بین رفتن مرز میان فکر - عمل موجب افزایش شدت اختلال وسواسی جبری و دوقطبی می‌شود. لذا، توجه به این نتیجه در طرح‌های روان‌درمانی و مداخله‌های تخصصی می‌تواند مؤثر واقع شود.

کلمات کلیدی: عملکرد خانواده، همجوشی فکر - عمل، وسواسی جبری، دوقطبی.

بهزاد ماله میر^۱

نیلوفر میکائیلی^{۲*}

محمد نریمانی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق

اردبیلی، اردبیل، ایران.

^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و

روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

Email: nmikaeili@yahoo.com

مقدمه

مسئله بهداشت روانی در جهان حاضر از اهمیت بسیار بالایی بهره‌مند است. زیرا در دوره‌ای زندگی می‌کنیم، به نسبت رشد و توسعه صنعتی، اقتصادی و غیره... مشکلات روان‌شناختی مردم هم در حال پیشروی می‌باشد. همچنین جوامع برای آن که در بعد پیشرفت و ترقی از دیگر کشورها عقب نمانند نیاز به افراد با بهداشت روانی و جسمانی سالم دارند (۱). اختلال روانی - رفتاری عبارت است از تغییرات قابل توجه در تفکر، رفتار، خلق و هیجان که با ناراحتی شخصی و یا اختلال در کارکرد زندگی مشخص می‌شود. این تغییرات به صورت آشکار غیرعادی، بیمارگونه و بازگشت‌پذیر می‌باشد (۲). همچنین طبق آمار اعلام شده پیمایش ملی سلامت روان بیش ۱٫۵ درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی هستند (۳). یکی از اختلال‌های روان‌شناختی مزمن که سلامت روانی، هیجانی و ارتباطی افراد مبتلا را با آسیب جدی مواجه می‌سازد، اختلال وسواسی جبری یا اختلال فکری- عملی است (۴). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که اختلال وسواسی جبری تأثیر به‌سزایی در افزایش انواع بیماری‌ها دارد و به میزان قابل توجهی با ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی مرتبط است (۵).

این اختلال به‌عنوان یکی از اختلال‌های روان‌شناختی آسیب‌زا، به‌وسیله افکار تکرارشونده، مقاوم و رفتارهای تکراری همراه با اضطراب شناخته می‌شود. عموم افراد مبتلا، دارای هر دو علائم فکری و عملی هستند. افکار و اعمال تکراری حاصل از اختلال وسواس فکری- عملی، اموری لذت‌بخش و ارادی نیستند. این افکار به شکل غیرارادی بروز کرده و معمولاً در افراد ایجاد نگرانی و اضطراب می‌کند (۶). اختلال وسواس به دلیل خاصیت ناتوان‌کنندگی می‌تواند حیطه‌های مختلف رشد و تحول کودکان و نوجوانان را متأثر ساخته و از این طریق عملکرد کلی آنان را با آسیب جدی مواجه سازد (۷). علائم اختلال وسواس فکری- عملی می‌تواند شامل: وسواس، چک کردن (اطمینان از این که اشتباهی مرتکب نشده است)، مرتب نمودن یا نظم (سازمان‌دهی یا مرتب نمودن به روشی خاص)، شست‌وشو (تمیز کردن خود یا محیط اطراف)، احتکار (جمع کردن یا ذخیره نمودن

موارد غیرضروری) و خشتی‌سازی (تحلیل ذهنی و یا جایگزین نمودن افکار ناخواسته) است (۸). علائم اختلال وسواس فکری عملی در بیشتر از ۵۰ درصد بیماران به‌صورت ناگهانی آغاز می‌گردد (۹). میزان شیوع اختلال وسواس فکری عملی در افراد عادی در شش ماه تقریباً یک درصد و در طول عمر دو تا سه درصد و در بیماران دارای اختلال موردنظر ده درصد بیان شده است (۱۰). در ایران نیز احمدوند شیوع اختلال وسواسی جبری را ۶/۸ درصد و عصاریان در میان دانش‌آموزان دبیرستانی ۸/۸۷ درصد به دست آورد (۱۱). یکی از زمینه‌های چالش‌انگیز آسیب‌شناسی روانی بحث همبودی در اختلال‌های روان‌شناختی است؛ در بین مهم‌ترین بیماری‌های روانی دارای همبودی‌های شایع روان‌پزشکی می‌توان به اختلال دوقطبی اشاره نمود. یافته‌ها نشان می‌دهند که ۲۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی همبودی مادام‌العمر اختلال وسواسی جبری دارند (۱۲).

از میان اختلالات روانی، اختلالات خلقی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که در این میان به اختلالات دوقطبی توجه محدودی شده است (۱۳). اختلال دوقطبی^۲، از نظر کلاسیک تحت عنوان دوره‌های بالینی افسردگی و خلق‌وخوی بالا (شیدایی یا شیدایی خفیف) با دوره‌هایی از خلق‌وخوی طبیعی بین آن‌ها، توصیف می‌شود. این اختلال حدود یک تا دو درصد از جمعیت را تحت تأثیر قرار داده و به دلیل مزمن بودن و نمایش مکرر خود، با اثرات بالای بین فردی و اجتماعی مانند خودکشی و از دست دادن شغل همراه است (۱۴). این اختلال، بیماری مزمن و پیچیده‌ای است که با ابتلا به آن، خلق فرد آسیب‌دیده و به‌طور مستمر و غیرعادی از حالت خیلی خوب به خیلی بد و افسرده تغییر می‌کند. این نوسانات معمولاً هفته‌ها یا ماه‌ها طول می‌کشند (۱۵). بروز دوره‌های مکرر افسردگی و شیدایی بر کارکرد فرد در حیطه‌های فردی، حرفه‌ای، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی تأثیر می‌گذارد (۱۶). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت اختلال دوقطبی ششمین عامل ناتوانی در سراسر جهان در گروه سنی ۱۵ تا ۴۴ سال می‌باشد (۱۷). این اختلال در سراسر جهان وجود دارد. در مطالعات مختلف شیوع اختلال دوقطبی نوع یک بین صفر تا ۲/۴

² Bipolar disorders

³. bipolar disorder

¹ obsessive-compulsive disorder

اختلال مانیک بیان و انسجام پایین تری نسبت به گروه اختلال وسواسی جبری گزارش کردند (۲۳). همچنین، در پژوهشی با بررسی عملکرد خانواده در افراد دوقطبی، مشاهده نمودند که خانواده‌های دوقطبی در مقایسه با افراد عادی، سطح تعارض بالاتر، انسجام کمتر و سازمان‌دهی نشان دادند (۲۴).

متغیر دیگر مرتبط با وسواسی جبری و دوقطبی، همجوشی فکر-عمل^۲ است. باورهای خاصی مانند همجوشی فکر-عمل می‌تواند راه را به سمت باورهای فراشناختی دشوارتر که در پایان منتهی به بسط نشانه‌های وسواسی جبری و دوقطبی می‌شود، باز کند (۲۵). همجوشی فکر-عمل یک پدیده روان‌شناختی می‌باشد که افراد از نظر اخلاقی افکار منفی و اعمال ممنوعه را معادل هم می‌دانند و معتقدند که افکار منفی، احتمال بروز یک اتفاق ناگوار را افزایش می‌دهند (۲۶). در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه همجوشی فکر-عمل، احساس مسئولیت و گناه با ابعاد مختلف علائم وسواس در دانشجویان دانشگاه شیراز، نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه گام‌به‌گام این پژوهش نشان داد که خرده مقیاس‌های همجوشی فکر-عمل بیشتر نشانه‌های اصلی وسواس را پیش‌بینی می‌کنند (۲۷). همچنین، در پژوهشی با بررسی همجوشی فکر-عمل در اختلال وسواسی جبری، نتایج یافته‌ها نشان داد که گروه وسواسی جبری و اضطراب نمره بالایی در کل مقیاس همجوشی فکر-عمل کسب نمودند (۲۸). در پژوهش دیگری با عنوان مقایسه آمیختگی فکر عمل، مسئولیت‌پذیری و کنترل فکر در افراد دارای نشانه‌های وسواسی و افراد عادی نتایج نشان داد که بین آمیختگی فکر عمل و مسئولیت‌پذیری افراد نرمال و افراد دارای نشانه‌های وسواسی تفاوت معناداری وجود دارد (۲۹). و در آخر در پژوهشی با عنوان مقایسه آمیختگی فکر-عمل و سبک اسناد در بیماران مبتلا به اختلالات وسواس فکری-عملی و افسردگی، نتایج نشان داد که به لحاظ آماری، اخلاق آمیختگی فکر-عمل در گروه مبتلایان به افسردگی و احتمال آمیختگی فکر-عمل در گروه مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی بیشتر بود (۳۰). اختلالات روانی منجر به ناکارآمدی و مختل شدن عملکرد افراد مبتلا به بیماری روانی و

درصد، اختلال دوقطبی نوع دو بین ۰/۳ تا ۴/۸ درصد و تمام طیف اختلال دوقطبی بین ۲/۶ تا ۷/۸ درصد گزارش شده است (۱۰). شریفی، اسدی، محمدی، امینی و کاویانی، در مطالعه‌ای شیوع یک‌ساله اختلالات روان‌پزشکی را در ایران ۲۳/۶ درصد و شیوع اختلال دوقطبی نوع یک را یک درصد گزارش کرده‌اند (۱۸). احمدوند، سپهرمنش، قریشی، عساریان و موسوی در پژوهشی، شیوع اختلال دوقطبی نوع یک را در میان افراد ۱۸ ساله و بالاتر شهر کاشان بررسی و میزان آن را ۲/۴ درصد گزارش کردند (۱۹). فراوانی اختلال دوقطبی در جمعیت ایرانی، ۷/۹ درصد گزارش شده است (۱۶).

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد نقش و تأثیر پیرامون خانواده و به ویژه عملکرد خانواده^۱ در شکل‌گیری و تقویت اختلالات روانی به ویژه اختلال وسواسی جبری و دوقطبی و در رابطه با کاهش نشانگان اختلال وسواس فکری-عملی و دوقطبی مورد تأیید قرار دارد (۲۰). متغیرهای زیادی در شکل‌گیری و تشدید اختلال وسواس فکری-عملی و دوقطبی نقش دارند. یکی از متغیرهایی که می‌تواند در تشدید نشانه‌های این اختلالات تأثیر به‌سزایی داشته باشد، عملکرد خانواده است. خانواده به‌عنوان واحد اساسی سیستم تعامل بین فردی در نظر گرفته می‌شود که با به اشتراک گذاشتن افکار هم و توجه به نیازها و انتظارات یکدیگر، بر رفتارهای اعضا تأثیر می‌گذارد (۲۱). عملکرد خانواده زمانی می‌تواند سالم باشد که محیط خانواده دارای ارتباطات واضح، نقش‌های تعریف‌شده، انسجام و تنظیم عواطف باشد. در مقابل عملکرد ضعیف خانواده در برگیرنده سطح تعارض بالا، بی‌نظمی و کنترل رفتاری و عاطفی ضعیف می‌باشد (۲۲). بروز دوره‌های مکرر افسردگی و شیدایی بر کارکرد فرد در حیطه‌های فردی، حرفه‌ای، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی تأثیر می‌گذارد (۱۶). در پژوهشی عملکرد خانواده را در اختلال مانیک تریکوتیل کودکان، وسواسی جبری و گروه افراد سالم بررسی نمودند که نتایج نشان داد که عملکرد خانواده در دو گروه وسواس جبری و اختلال مانیک نسبت به گروه شاهد، دارای اختلال بیشتری بود و تعارض بالا، انسجام پایین و سازمان‌دهی کمتر مشاهده گردید، همچنین والدین کودکان دارای

2. Fusion of thought- action

1 family function

جمع آوری داده‌ها در خرداد و تیر ۱۳۹۹ انجام شد. به منظور دستیابی به هدف مطالعه، از بین جامعه آماری، تعداد ۴۰ نفر شامل (۲۰ مرد - ۲۰ زن) مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و همچنین تعداد ۴۰ نفر شامل (۲۰ مرد - ۲۰ زن) از بین افراد عادی که از لحاظ متغیرهای سن، جنس و تحصیلات همتا با گروه مبتلا به اختلال بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس برگزیده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم همکاری و یا بی‌انگیزگی و وجود سوء مصرف مواد بود. لذا برای جمع آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده گردید:

مقیاس عملکرد خانواده (FFS): این مقیاس توسط تاویتیان، لویینر، گرین، سی، گربستین و ویلسر در سال ۱۹۸۷ برای سنجش عملکرد خانواده ساخته شد و دارای ۴۰ ماده می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۷ نقطه‌ای از (هرگز: ۱، تقریباً هرگز: ۲، به ندرت: ۳، برخی اوقات: ۴، خیلی اوقات: ۵، غالباً: ۶ و همیشه: ۷) در نظر گرفته می‌شود. این مقیاس متشکل از ۵ مؤلفه می‌باشد: ۱- عواطف مثبت خانوادگی ۲- ارتباطات خانوادگی ۳- تعارضات خانوادگی ۴- نگرانی‌های خانوادگی ۵- حمایت‌ها و تشویق‌های خانوادگی است (۳۳). در پژوهش مفید، فتحی زاده، احمدی و اعتماد در سال ۱۳۹۵ پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برآورد شد که از لحاظ آماری مناسب است. همچنین این مقیاس از روایی همزمان و پیش‌بین خوبی برخوردار است و با مقیاس FACES III کارکرد خانواده، همبستگی دارد (۳۴). در پژوهش حاضر میزان پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس ادغام فکر و عمل^۲ (TAF): این مقیاس توسط راجمن و شافران در سال ۱۹۹۸ برای سنجش میزان آمیختگی فکر-عمل ساخته شده است. دارای ۱۹ ماده می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از (شدیداً مخالفم صفر، مخالفم ۱، نظری ندارم ۲، موافقم ۳، شدیداً موافقم ۴) در نظر گرفته می‌شود. این مقیاس

همچنین اعضای خانواده‌های آن‌ها در سطوح مختلف جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی می‌شود (۳۱). با درگیر بیماری شدن یکی از افراد خانواده، به نوعی روی عملکرد کل اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد (۳۲). لذا توجه و حمایت نسبت به این افراد و خانواده‌های آن‌ها، می‌تواند باعث بهبود کارکردهای روانی، اجتماعی و اقتصادی این افراد و خانواده‌هایشان شود. همچنین با توجه به داشتن پیشینه رو به گسترش، تا به حال ویژگی‌های مفهومی همجوشی فکر-عمل پنهان مانده است. هنوز واضح و آشکار نیست که آیا همجوشی فکر-عمل تنها مختص به افکاری است که طیف بیشتری از قالب‌های فکری ما را در بر می‌گیرد یا این که مختص به فکرهای منحصر به فردی است که برای فرد دارای معنای خاصی می‌باشد. حتی احتمال دارد که همجوشی فکر-عمل متغیری پیوسته با چندین سطح باشد، ولی این موضوع در حال حاضر زیاد مورد بررسی و مطالعه قرار نگرفته است. کارهای بسیاری باید برای بهبود سنجش و ارزیابی همجوشی فکر-عمل صورت گیرد. همچنین با توجه به کمبود مطالعات در این زمینه و این که تا به حال در هیچ پژوهشی هم‌زمان متغیرهای عملکرد خانواده و همجوشی فکر-عمل در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری، دوقطبی و افراد عادی انجام نشده است. محقق درصدد پی بردن به نقش این دو متغیر و مقایسه آن با این سه گروه در جامعه است تا چشم‌انداز دیگری در مورد این اختلالات پیش‌روی درمانگران گشوده نماید. بنابراین، پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا بین عملکرد خانواده و همجوشی فکر-عمل در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، دوقطبی و عادی تفاوت وجود دارد؟

روش کار

مطالعه حاضر از لحاظ هدف بنیادی و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران دوقطبی و وسواسی جبری بستری و سرپایی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی بیمارستان فاطمی و کلینیک‌های مشاوره و مطب‌های روان‌پزشکی شهر اردبیل تشکیل می‌دادند و همچنین کلیه افراد بهنجار ساکن شهر اردبیل نیز جامعه افراد عادی این پژوهش بودند. بیشتر نمونه‌گیری در سه ماه آذر، دی و بهمن ۱۳۹۸ انجام شد، چون تعداد کم باقی مانده بود به علت تعطیلی ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ ادامه

1. Family Function Scal

2. Fusion of Thought- Action scal

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عواطف مثبت خانوادگی	۳۱/۰۷	۵/۳۴۶	۲۸/۲۷	۷/۰۸۹	۲۶/۵۸	۶/۰۸۹
ارتباط خانوادگی	۳۰/۵۷	۶/۶۹۱	۲۷/۴۸	۵/۰۲۳	۲۶/۲۰	۶/۴۰۶
تعارضات خانوادگی	۲۶/۱۵	۴/۴۲۳	۲۹/۱۲	۶/۵۰۵	۲۷/۱۷	۶/۸۸۷
نگرانی‌های خانوادگی	۳۴/۲۳	۵/۹۶۴	۳۵/۲۸	۴/۹۲۰	۳۱/۴۸	۷/۷۶۲
حمایت و تشویق خانوادگی	۳۴/۳۷	۶/۸۱۱	۲۹/۸۳	۵/۸۰۰	۲۵/۸۵	۵/۸۱۶
نمره کل عملکرد خانواده	۱۴۷/۱۸	۱۸/۴۹۳	۱۱۰/۹۸	۲۷/۶۶۱	۱۲۱/۹۸	۲۷/۶۶۱
ادغام فکروعمل اخلاقی	۲۵/۹۰	۹/۴۲۷	۳۰/۲۰	۴/۲۷۸	۳۷/۵۷	۷/۸۳۵
ادغام فکر و عمل احتمال برای دیگران	۵/۳۰	۳/۱۸۸	۹/۹۵	۴/۱۸۸	۶/۹۸	۴/۶۶۶
ادغام فکر و عمل برای خود	۷/۶۲	۲/۸۱۲	۷/۸۰	۲/۹۵۴	۶/۴۰	۳/۴۴۸
نمره کل ادغام فکر و عمل	۳۶/۵۰	۱۱/۹۷۶	۵۵/۳۲	۸/۵۱۴	۴۳/۵۸	۱۲/۰۰۴

مطابق جدول ۱، میانگین امتیاز متغیر عملکرد خانواده در گروه افراد عادی میانگین ۱۴۷/۱۸ و انحراف معیار ۳۶/۵۰، در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری میانگین ۱۱۰/۹۸ و انحراف معیار ۲۷/۶۶۱ و در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی میانگین ۱۲۱/۹۸ و انحراف معیار ۲۷/۶۶۱ بدست آمد که با توجه به نتایج ارائه شده، میانگین عملکرد خانواده در سه گروه افراد عادی، مبتلا به اختلال دوقطبی و وسواسی جبری متفاوت می‌باشد و افراد دارای اختلال وسواسی-جبری و دوقطبی میانگین عملکرد خانواده کمتری نسبت به افراد عادی دارند. متغیر همجوشی فکر-عمل در گروه افراد عادی دارای میانگین ۳۶/۵۰ و انحراف معیار ۱۱/۹۷۶، در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری میانگین ۵۵/۳۲ و انحراف معیار ۸/۵۱۴ و در افراد مبتلا به اختلال

مشکل از ۳ عامل می‌باشد: ۱- ادغام فکر- عمل اخلاقی ۲- ادغام فکر- عمل احتمال برای دیگران ۳- ادغام فکر- عمل احتمال برای خود می‌باشد (۳۵). در پژوهشی ضرایب پایایی حاصل از بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۱ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۶۳ برآورد شد (۳۶). همچنین این پرسشنامه دارای روایی همزمان و ملاک می‌باشد (۳۵). در پژوهش حاضر میزان پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. پس از انجام آزمون نتایج حاصله با استفاده از نرم افزار spss-25 و آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

با توجه به اطلاعات بدست آمده در مطالعه حاضر ۴۰ نفر افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، ۴۰ نفر افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، ۴۰ نفر و ۴۰ نفر افراد عادی در این پژوهش شرکت کردند. نتایج متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد که ۶۰ نفر (معادل ۵۰٪) شرکت کنندگان زن و ۶۰ نفر (معادل ۵۰٪) شرکت کنندگان مرد بودند. بررسی وضعیت تأهل شرکت کنندگان نشان می‌دهد که ۸۳ نفر (معادل ۶۹٫۱۶٪) شرکت کنندگان مجرد و ۳۷ نفر (معادل ۳۰٫۸۳٪) شرکت کنندگان متأهل هستند. وضعیت سنی شرکت کنندگان نشان می‌دهد که ۴۴ نفر (معادل ۳۶٫۶۶٪) شرکت کنندگان سن بین ۲۰-۳۰ سال داشتند، ۶۲ نفر (۵۱٫۶۷٪) شرکت کنندگان سن بین ۳۰-۴۰ سال داشتند و ۱۴ نفر (۱۱٫۶۷٪) شرکت کنندگان سن ۴۰-۵۰ سال داشتند. وضعیت تحصیلات شرکت کنندگان نشان داد که ۳۰ نفر (معادل ۲۵٪) تحصیلات زیر دیپلم، ۱۵ نفر (معادل ۱۲٫۵٪) تحصیلات دیپلم، ۴۸ نفر (معادل ۴۰٪) تحصیلات کاردانی و ۲۷ نفر (معادل ۲۲٫۵٪) تحصیلات کارشناسی و بالاتر داشتند.

جدول ۱- توصیف متغیرهای عملکرد خانواده و همجوشی فکر-

عمل و مؤلفه‌های آن در سه گروه افراد عادی و در مبتلایان به اختلال وسواسی جبری، دوقطبی

گروه	عادی	وسواس	دوقطبی
تعداد	۴۰	۴۰	۴۰

اختلال وسواسی-جبری و دوقطبی در عملکرد خانواده (F=1/713 و P=0/190)، عواطف مثبت خانوادگی (F=1/434 و P=0/242)، ارتباط خانوادگی (F=1/274 و P=0/284)، تعارضات خانوادگی (F=2/316 و P=0/103)، نگرانی‌های خانوادگی (F=1/233 و P=0/203) و حمایت و تشویق خانوادگی (F=0/267 و P=0/766) در سطح جامعه با هم برابر می‌باشند. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس سه گروه افراد عادی، مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و دوقطبی نشان می‌دهد که واریانس‌های سه گروه افراد عادی، مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و دوقطبی در ادغام فکر و عمل (F=2/354 و P=0/100)، ادغام فکر و عمل اخلاقی (F=1/604 و P=0/232)، ادغام فکر و عمل احتمال برای دیگران (F=2/027 و P=0/170) و ادغام فکر و عمل برای خود (F=2/004 و P=0/139) در سطح جامعه با هم برابر می‌باشند.

جدول ۲- نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری برای

مقایسه میانگین نمرات سه گروه افراد عادی، مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و دوقطبی از لحاظ نمرات عملکرد خانواده و همجوشی فکر-

عمل و مؤلفه‌های آن‌ها

نام آزمون مقدار	عملکرد خانواده		همجوشی فکر-عمل	
	F	معنی ضریب مقدار	F	معنی داری ضریب
		داری		اتا
اثر پیلاپی	11/450	0/000	0/378	9/665
لامبدای	0/346	0/000	0/411	8/570
ویلکز				
اثر	14/711	0/000	0/443	10/769
هوتلینگز				
بزرگ‌ترین	1375	0/000	0/579	21/845
ریشه‌روی				

دوقطبی میانگین 43/58 و انحراف معیار 12/04 بدست آمد که با توجه به نتایج ارائه شده، میانگین همجوشی فکر-عمل در سه گروه افراد عادی، مبتلا به اختلال دوقطبی و وسواسی جبری متفاوت می‌باشد و افراد دارای اختلال دوقطبی و وسواسی جبری میانگین ادغام فکر و عمل بیشتری نسبت به افراد عادی دارند.

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده گردید. پیش‌فرض‌ها و نتایج آزمون مانوا بدین صورت است. نتایج آزمون باکس فرض همگنی ماتریس- کوواریانس سه گروه افراد عادی، مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و دوقطبی در متغیر عملکرد خانواده و مؤلفه‌های آن را تأیید می‌کند (P=0/082، BoxM=201/214). یعنی فرض H0 که اشاره به همگن بودن ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای مورد نظر دارد، معنادار و مورد تأیید است. بنابراین فرض صفر پذیرفته می‌شود و این بدان معناست که ما شاهد برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیر عملکرد خانواده و مؤلفه‌های آن در بین سه گروه افراد عادی، مبتلا به اختلال وسواسی-جبری دوقطبی هستیم. همچنین آزمون باکس فرض همگنی ماتریس- کوواریانس سه گروه افراد عادی، مبتلا به اختلال وسواسی-جبری دوقطبی در متغیر همجوشی فکر-عمل و مؤلفه‌های آن را تأیید می‌کند (p=0/092، BoxM=228/851). یعنی فرض H0 که اشاره به همگن بودن ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای مورد نظر دارد، معنادار و مورد تأیید قرار است. بنابراین فرض صفر پذیرفته می‌شود و این بدان معناست که ما شاهد برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیر همجوشی فکری عملی و مؤلفه‌های آن در بین سه گروه افراد عادی، مبتلا به اختلال وسواسی جبری و دوقطبی هستیم.

نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس سه گروه افراد عادی، مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و دوقطبی نشان می‌دهد که واریانس‌های سه گروه افراد عادی، مبتلا به

با توجه به نتایج بدست آمده از جدول ۲، سطوح معناداری آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین سه گروه افراد عادی، مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و دوقطبی از لحاظ نمرات عملکرد خانواده، همجوشی فکر-عمل و مؤلفه‌های آن‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه‌ی میانگین نمرات سه گروه در متغیرهای عملکرد خانواده، همجوشی فکر-عمل و مؤلفه‌های آن‌ها

متغیر منبع	مجموع درجه	میانگین	مقدار سطح	اتا	وابسته	مجذورات آزادی	مجذورات F	معناداری
عواطف گروه مثبت خانوادگی	۲	۴۱۳/۰۶۷	۲۰۶/۵۳۳	۳/۳۴۵	۰/۰۰۶	۰/۰۸۴		
خطا	۱۱۷	۴۵۲۰/۵۲۵	۳۸/۶۳۷					
کل	۱۲۰	۱۰۳۳۷۵						
ارتباط خانوادگی	۲	۴۰۵/۰۱۷	۲۰۲/۵۰۸	۵/۴۷۲	۰/۰۰۵	۰/۰۸۶		
خطا	۱۱۷	۴۳۳۰/۱۵۰	۳۷/۰۱۰					
کل	۱۲۰	۹۹۳۷۶						
عملکرد تعارضات خانوادگی	۲	۱۲۷۲/۰۵۰	۶۳۶/۰۲۵	۱۷/۴۵۵	۰/۰۰۰	۰/۲۳۰		
خطا	۱۱۷	۴۶۶۳/۲۵۰	۳۶/۴۳۸					
کل	۱۲۰	۹۳۹۹۰						
نگرانی‌های خانوادگی	۲	۳۰۸/۰۶۷	۱۵۴/۰۳۳	۳/۸۵۰	۰/۰۲۴	۰/۰۶۲		
خطا	۱۱۷	۴۶۸۰/۹۲۵	۴۲/۰۰۸					
کل	۱۲۰	۱۴۰۹۳۵						
حمایت و تشویق خانوادگی	۲	۱۴۵۷/۵۱۷	۷۲۸/۷۵۸	۱۹/۲۰۲	۰/۰۰۰	۰/۲۴۷		
خطا	۱۱۷	۴۴۴۰/۴۵۰	۳۷/۹۵۳					
کل	۱۲۰	۱۱۳۷۷۸						
نمره کل گروه	۲	۲۷۵۵۳/۰۶۷	۲۲۰۷۴۱۳۷۷۶/۵۳۳	۲۲/۰۷۴	۰/۰۰۰	۰/۲۷۴		

عملکرد خانواده	خطا	۱۱۷	۷۳۰۱۹/۷۲۵	۶۲۴/۱۰۰				
کل	۱۲۰	۲۰۲۷۱۷۳						
ادغام فکر و عمل اخلاقی	گروه	۲	۲۷۹۸/۱۵۰	۱۳۹۴/۵۷۵	۲۴/۸۲۱	۰/۰۰۰	۰/۲۹۸	
خطا	۱۱۷	۶۵۷۳/۷۷۵	۵۶/۱۸۶					
کل	۱۲۰	۱۲۶۳۶۳						
همجوشی ادغام فکر گروه فکر-عمل احتمال برای دیگران	گروه	۲	۴۴۳/۷۱۷	۲۲۱/۸۵۸	۱۳/۴۵۴	۰/۰۰۰	۰/۱۸۷	
خطا	۱۱۷	۱۹۲۹/۲۷۵	۱۶/۴۹۰					
کل	۱۲۰	۸۹۵۹						
ادغام فکر گروه و عمل برای خود	گروه	۲	۱۲۵/۶۰۰	۶۲/۸۰۰	۶/۶۰۵	۰/۰۰۲	۰/۱۰۱	
خطا	۱۱۷	۱۱۱۲/۴۰۰	۹/۵۰۸					
کل	۱۲۰	۶۳۰۸						
نمره کل گروه ادغام فکر و عمل	گروه	۲	۷۲۲۳/۳۱۷	۳۶۱۶/۶۵۸	۳۰/۱۳۸	۰/۰۰۰	۰/۳۴۰	
خطا	۱۱۷	۱۴۰۴۰/۵۵۰	۱۲۰/۰۰۵					
کل	۱۲۰	۲۶۵۷۱۶						

بر اساس جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان می‌دهد تفاوت آماری معنی‌داری بین سه گروه افراد عادی، مبتلا به اختلال وسواسی-جبری و دوقطبی در عملکرد خانواده ($F=۲/۰۷۴$ و $P<۰/۰۱$)، عواطف مثبت خانوادگی ($F=۵/۳۴۵$ و $P<۰/۰۱$)، ارتباط خانوادگی ($F=۵/۴۷۲$ و $P<۰/۰۱$)، تعارضات خانوادگی ($F=۱۷/۴۵۵$ و $P<۰/۰۱$)، نگرانی‌های خانوادگی ($F=۳/۸۵۰$ و $P<۰/۰۱$) و حمایت و تشویق خانوادگی ($F=۱۹/۲۰۲$ و $P<۰/۰۱$) وجود دارد. همچنین

خانوادگی در یک طیف سطحی، از وضعیت سلامت تا اختلال شدید روانی مورد آزمایش قرار گیرد؛ در همین راستا طبق مدل مک مستر تحقیقات متعددی صورت گرفته است؛ اغلب آنها نشان داده‌اند که داشتن یک عضو با اختلال روانی در خانواده، یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای وجود کارکرد خانودگی ضعیف یا روابط خانوادگی آسیب دیده است. همچنین تأثیر خانواده بر اعضا را می‌توان بر اساس مدل استرس - آسیب‌پذیری تبیین نمود، به این صورت که احتمالاً فرد دارای آسیب‌پذیری ارثی یا ژنتیکی است که وی را مستعد بیماری می‌نماید و در صورتی که با رخدادهای تنش‌زایی مثل رفتارهای نامناسب والدینی، بدکارکردی‌های بین‌فردی و خانوادگی مواجه شود، مبتلا به اختلال می‌گردد (۳۹). بر همین اساس، احتمالاً خانواده فرد دارای وسواس جبری جهت کاهش روند بیماری، در ارتباط با محیط اجتماعی داخلی و خارجی، روابط رسمی و غیررسمی خود را محدود می‌نماید. حمایت اجتماعی تأثیر معناداری در سلامت بیماران وسواسی جبری دارد (۴۰). حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و نزدیکان و سازمان‌ها را در برمی‌گیرد. افراد دارای وسواسی جبری اختلال قابل توجهی در حمایت اجتماعی دارند. لذا، خانواده ناکارآمد، در روند بیمار مبتل ا به وسواس جبری تأثیر قطعی داشته که در تشدید آن نیز مؤثر است. همچنین، وجود علائم وسواسی جبری، موجب پریشانی، تنش و نگرانی در خانواده می‌شود و اغلب اعضای خانواده در رفتار وسواسی جبری بیمار نقش دارند. لذا، خانواده بیمار ممکن است احساس خشم و ناامیدی و تعارض در نقش خانوادگی ایجاد نموده و زندگی اجتماعی بیمار را مختل نمایند. از طرفی، ممکن است خانواده‌ها کاملاً در برابر رفتار وسواسی بیمار مقاومت یا مخالفت نمایند. این عمل تأثیر قطعی بر روابط خانوادگی داشته و موجب تعارض در خانواده شوند. با پیشرفت بیماری، اعتماد به نفس، خودکنترلی و ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار به وسیله خانواده کاهش می‌یابد که این حاکی از درگیری میان اعضای خانواده است. بنابراین، با توجه به موارد ذکر شده، به نظر می‌رسد که عملکرد خانواده گروه بهنجار بالاتر از عملکرد خانواده گروه وسواس جبری است.

همچنین نتایج به‌دست آمده نشان داد که بین عملکرد خانواده در مبتلایان به اختلال دوقطبی و گروه عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان می‌دهد تفاوت آماری معنی داری بین سه گروه افراد عادی، مبتلا به اختلال وسواسی - جبری و دوقطبی در ادغام فکر و عمل ($F=30/138$ و $P<0/01$)، ادغام فکر و عمل اخلاقی ($F=24/821$ و $P<0/01$)، ادغام فکر و عمل احتمال برای دیگران ($F=13/454$ و $P<0/01$) و ادغام فکر و عمل برای خود ($F=6/605$ و $P<0/01$) وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر، باهدف مقایسه عملکرد خانواده و همجوشی فکر - عمل در مبتلایان به اختلال وسواسی جبری، دوقطبی و افراد عادی انجام گرفت. نتایج به‌دست آمده نشان داد که بین عملکرد خانواده در مبتلایان به اختلال وسواس جبری و عادی تفاوت معنادار وجود دارد. نمرات عملکرد خانواده در گروه افراد عادی به‌طور معناداری بالاتر از گروه اختلال وسواسی جبری بود. از میان مؤلفه‌های عملکرد خانواده، در مؤلفه‌های عواطف مثبت خانواده، ارتباط خانوادگی، نمرات گروه افراد بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از گروه وسواسی جبری بود. در مؤلفه تعارضات خانوادگی، نگرانی‌های خانوادگی، نمرات گروه بهنجار به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه وسواسی جبری بود. در مؤلفه حمایت‌ها و تشویق خانوادگی، نیز بین دو گروه وسواس جبری و افراد بهنجار تفاوت معناداری مشاهده شد. نتایج به‌دست آمده با یافته‌های پژوهش مرادی، پریس و همکاران و قلی‌زاده و همکاران همسو می‌باشد (۳۷-۲۳-۵). در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از دلایل احتمالی برای این اختلاف، اقدامات انضباطی بیش از اندازه والدین گروه وسواسی جبری است تا کنترل بیشتری بر علائم وسواس داشته باشند و تقویت مثبت بیش از اندازه برای یک رفتار اعمال می‌کنند. همچنین، شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه ۳۰ تا ۴۰ درصد والدین افراد دارای وسواسی جبری، خود نیز دارای علائم وسواسی جبری و ویژگی‌های شخصیتی وسواس فکری باشند که این صفات و علائم ممکن است علائم بیماری فرد دارای وسواسی جبری را تقویت نماید (۳۸). در همین راستا یکی از مدل‌های مهم در زمینه بررسی کارکرد خانواده، مدل کارکرد خانواده مک مستر است که سازمان و الگوی تبدلی واحد خانواده را توصیف می‌کند و اجازه می‌دهد که روابط

می‌باشند. از آنجایی که خانواده مرجع اصلی اجتماعی کننده اعضا است، لذا این مشکلات می‌تواند بیان‌کننده این امر باشد که خانواده افراد دوقطبی نیز در بیان احساسات خویش دچار مشکل می‌باشند. خانواده‌هایی که دارای عضوی با اختلال دوقطبی می‌باشند، درگیری و تعارضات بالاتری داشته و انسجام کمتری دارند. لذا، با توجه به نقش خانواده در روند بیماری و تأثیر احتمالی اختلال دوقطبی بر خانواده، این یافته بر اهمیت توجه بر کاهش عملکرد خانواده با وجود عضو دارای اختلال دوقطبی تأکید می‌نماید.

از سویی دیگر نتایج نشان داد که بین عملکرد خانواده در مبتلایان به اختلال وسواسی جبری و دوقطبی تفاوت معنادار وجود دارد. نمرات عملکرد خانواده در گروه دوقطبی به‌طور معناداری بالاتر از گروه وسواسی جبری بود. از میان مؤلفه‌های عملکرد خانواده، در مؤلفه تعارضات خانوادگی، نمرات گروه دوقطبی به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه وسواسی جبری بود. در مؤلفه حمایت‌ها و تشویق خانوادگی، بین دو گروه وسواسی جبری و دوقطبی تفاوت معناداری مشاهده شد. در مؤلفه‌های عواطف مثبت خانواده، ارتباط خانوادگی و نگرانی‌های خانوادگی نیز بین دو گروه اختلال وسواسی جبری و دوقطبی تفاوت معنادار ملاحظه نشد. در این زمینه پژوهش مشابهی انجام نشده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که از اختلال دوقطبی رنج می‌برند، رفتارهای غیر انطباقی نشان می‌دهند که می‌تواند منجر به تعاملات اجتماعی منفی با دیگران شده و پیشروی و افزایش علائم را تسریع می‌کند (۴۳). در اغلب موارد، وقتی درمان اختلال دوقطبی پیوسته باشد و توقف دارویی نداشته باشد با موفقیت همراه خواهد بود. اما حتی زمانی که درمان به‌درستی انجام می‌شود، تغییرات خلق و خوی صورت می‌گیرد که حتماً باید گزارش داده شود (۴۴). در مقابل، خانواده بیمار وسواس جبری، از اختلال شدید در پویایی خانواده و از پریشانی در روابط خانوادگی خبر می‌دهند که هم در بزرگ‌سالان و هم در کودکان مبتلابه وسواسی جبری وجود دارد که ۶۰ تا ۹۰ درصد اضطراب خانواده را به همراه دارد (۴۵). از طرفی امید خانواده به درمان وسواسی جبری ممکن است در روند حل مشکلات و تقویت حمایت اجتماعی نقش داشته باشند، اما راهکارهای منفی مقابله همراه با انکار منجر به اختلال در خانواده می‌شود. درک خانواده از بیماری وسواس

نمرات عملکرد خانواده در گروه افراد عادی به‌طور معناداری بالاتر از گروه دوقطبی بود. از میان مؤلفه‌های عملکرد خانواده، در مؤلفه‌های عواطف مثبت خانواده و ارتباط خانوادگی، نمرات گروه افراد بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از گروه دوقطبی بود. در مؤلفه تعارضات خانوادگی، نگرانی‌های خانوادگی، نمرات گروه عادی به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه دوقطبی بود. در مؤلفه حمایت‌ها و تشویق خانوادگی، نیز بین دو گروه دوقطبی و افراد عادی تفاوت معناداری مشاهده شد. نتایج به‌دست آمده با یافته‌های پژوهش مرادی و حقایق، پریس و همکاران، شالیو و همکاران و یاکونو و همکاران همسو می‌باشد (۴۱-۲۴-۲۳-۴۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت که اختلال دوقطبی، بیماری مزمن و پیچیده‌ای است که با ابتلا به آن، خلق فرد آسیب‌دیده و به‌طور مستمر و غیرعادی از حالت خیلی خوب به خیلی بد و افسرده تغییر می‌کند. این نوسانات معمولاً هفته‌ها یا ماه‌ها طول می‌کشند (۱۵). بروز دوره‌های مکرر افسردگی و شیدایی بر کارکرد فرد در حیطه‌های فردی، حرفه‌ای، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی تأثیر می‌گذارد (۱۶). افراد دارای اختلال دوقطبی در مقایسه با افراد عادی، دیدگاه منفی‌تری نسبت به خود در مقیاس‌های خود گزارش دهی نشان می‌دهند. آن‌ها پیش‌بینی‌های منفی‌تری درباره آینده خود دارند و با تفکر و خلق منفی‌تری به انعکاس خود می‌پردازند. ارتباط بین محیط و زمینه‌های خانوادگی با بیماری‌های روانی در ارتباط است (۴۲). عملکرد خانوادگی با سلامت روان اعضا ارتباط دارد. افراد دارای اختلال دوقطبی، قادر به تطبیق خود با بحران نیستند. در واقع، می‌توان بیان داشت که عملکرد خانواده از عواملی است که قادر است باعث تداوم اختلال دوقطبی یا کاهش آن شود. هرگاه که خانواده بتواند در حل مشکلات کارایی مؤثری داشته باشد، مشکل به مؤثرترین وجه حل می‌شود و هرگاه خانواده در شناسایی و تشخیص مشکل خود دربماند، در حل مشکل ناتوان خواهد بود. اگر افراد دوقطبی و خانواده آن‌ها درک درستی از مسئله مربوط به بیماری نداشته باشند، تمرکز و توجه خود را معطوف به مشکل نموده و نتیجه عکس حاصل می‌گردد. از طرفی، توانایی اعضای خانواده در بیان احساسات نیز قادر است به‌طور مؤثر بر افراد دوقطبی تأثیرگذار باشد. افراد دوقطبی در به اشتراک گذاشتن احساسات خود دارای مشکل

بسیار زیان‌بارتر از چیزی است که تصور می‌کنند، لذا برای جلوگیری از آن رویداد منفی، درگیر وسواس می‌گردند و حساسیت فراوانی به ارزش آن رویداد منفی قائل می‌شوند. این افراد خود را در قبال وقوع آن رویداد منفی مسئول می‌دانند و تصور می‌نمایند که باید آن رویداد را کنترل نموده و برای رهایی از آن کاری کنند و برای اطمینان از این که آن تصورات به مرحله انجام نرسد، به شکل مداوم آن را واریسی می‌نمایند. لذا، این همجوشی فکر و عمل مسئولیت ادراک شده شخص را به منظور وقوع مشکلات افزایش داده و موجب احساس گناه در فرد می‌گردد. به اعتقاد راجمن، آمیختگی فکر عمل سبب افزایش احساس مسئولیت ادراک شده و اعمال اجباری برای کاهش آن‌ها می‌شود. بر اساس مدل شناختی راجمن احساس مسئولیت مفرط از آمیختگی فکر عمل نشأت می‌گیرد. بیش ارزیابی اهمیت و مسئولیت مرتبط با افکار نافذ موجب استفاده از راهبردهای کنترل فکر می‌شود که خود موجب تشدید افکار وسواسی می‌شود. احساس مسئولیت مفرط می‌تواند موجب تقویت نیاز به انجام امور به شکل کامل (کمال‌گرایی) و نیاز به کنترل افکار ناخواسته شود. به این ترتیب احساس مسئولیت با واسطه باورهای شناختی مرتبط با کنترل فکر و کمال‌گرایی با نشانه‌های وسواس ارتباط دارد. به نظر می‌رسد افراد وسواسی پس از تجربه افکار آزاردهنده از روش‌هایی استفاده می‌کنند که موجب افزایش فراوانی این افکار می‌شود و آمادگی بیشتری برای ابتلا به اختلال وسواس اجباری دارند. اما افراد عادی ممکن است روش‌هایی برای کنترل افکار مزاحم و آزاردهنده استفاده نمایند که فراوانی آن‌ها را کاهش می‌دهند. به اعتقاد ولز افکار وسواسی موجب فعال شدن باورهای فراشناختی آمیختگی فکر می‌شوند. باورهای مطرح شده شامل باورهایی درباره خطرات و معنی فکر می‌باشد که در این حالت، مرز بین فکر و عمل، فکر و رویداد و فکر و شیء از بین می‌رود. در واقع، ماهیت افکاری که افراد وسواسی و عادی تجربه می‌نمایند، از لحاظ شکل، تفاوت چندانی ندارد اما آنچه باعث تفاوت این دو گروه بوده، نحوه برخورد این دو گروه با افکار مزاحم است. برای مثال تلاش برای بازداری یک فکر، غالباً به افزایش فراوانی وقوع آن منتهی می‌شود. لذا، به نظر می‌رسد که همجوشی فکر عمل گروه وسواس جبری باید بالاتر از افراد عادی باشد.

جبری بسیار ضروری است. اگر درک بیماری به اشتباه صورت پذیرد، خانواده دچار ناامیدی و احساس گناه خواهد شد. مراقبت از فرد دارای وسواسی جبری منجر به تحمل استرس روانی شدیدی خواهد شد که احتمالاً موجب اختلال در عملکرد خانواده است. خانواده بیمار وسواسی جبری به دلیل وقت کافی برای بیمار نداشتن، احساس گناه نموده و خود را علت این بیماری دانسته یا تصور می‌کنند که در بیماری نقش دارند. همچنین، احساس می‌کنند که حضور بیمار وسواسی جبری در خانواده باعث افزایش خطر اختلال در عملکرد خانواده می‌شود. مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف و عدم آگاهی خانواده در مورد بیماری نیز عاملی دیگر در اختلال عملکرد خانواده است. عملکرد خانواده از موارد مهمی است که می‌تواند موجب استمرار یا کاهش اختلال در افراد گردد. لذا، به نظر می‌رسد که در پژوهش حاضر خانواده گروه دوقطبی نسبت به گروه وسواسی جبری کارایی موثرتری داشته و در حل مشکلات نقش بیشتری داشتند که عملکرد خانواده گروه دوقطبی بالاتر از گروه وسواسی جبری است. نتیجه دیگری که از این پژوهش بدست آمد نشان داد که بین همجوشی فکر- عمل در مبتلایان به اختلال وسواسی جبری و افراد عادی تفاوت معنادار وجود دارد. نمرات همجوشی فکر-عمل در گروه وسواسی جبری به طور معناداری بالاتر از گروه افراد عادی بود. از میان مؤلفه‌های همجوشی فکر-عمل، در مؤلفه همجوشی فکر-عمل اخلاقی، احتمال برای دیگران و برای خود، نمرات گروه وسواسی جبری به طور معناداری بالاتر از گروه افراد عادی بود. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش نعمتی برفجانی و همکاران، پورمحمد و همکاران، هزل و همکاران و گروث و همکاران همسو می‌باشد (۴۷-۲۸-۴۶-۲۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد دارای اختلال وسواسی جبری، افکار و تصورات خود را به صورت اشتباه تعبیر می‌نمایند. این افراد، افکار خود را با احتمال خطر بیشتر و احتمال آسیب رساندن بیشتر از افکار دیگران ارزیابی می‌نمایند و افکار ناکارآمدی در مورد عقاید خویش دارند. در واقع آن‌ها معتقدند که چیزی در مورد من و افکار من وجود دارد که بسیار خطرناک است. افراد دارای وسواسی جبری، فکر کردن به یک رویداد ناراحت‌کننده را معادل انجام دادن آن می‌دانند و تصور می‌نمایند که آن رویداد منفی

پورمحمد و همکاران، نعمتی برفجانی و همکاران، همایون و بقولی، هزل و همکاران همسو می‌باشد (۲۸-۴۸-۲۹-۴۶). در جهت تبیین این یافته می‌توان گفت که از عوامل مهم ایجاد وسواس، سوگیری‌های شناختی مانند همجوشی فکر-عمل است. همجوشی فکر-عمل پدیده‌ای روان‌شناختی است که در آن بیمار افکار وسواسی و اعمال ممنوع را از نظر اخلاقی معادل هم می‌بیند یا تصور می‌نماید که افکار وسواسی احتمال وقوع رویداد نامطلوب را افزایش می‌دهند. در نتیجه این فرایندها، افراد وسواسی قدرت کمتری برای نادیده انگاشتن افکار مزاحم خود دارند و با میل بیشتری به انجام رفتارهای خنثی‌کننده می‌پردازند (۵۰). همجوشی فکری و عملی اخلاقی، افکار غیر اخلاقی را مانند انجام دادن آن، غیر اخلاقی می‌دانند و با تعهدات اخلاقی فراوان، خوش سرزنی و شخصی‌سازی مسائل همراه است که فرد به دلیل داشتن این افکار با ماهیت وسواسی، احساس گناه شدید دارد که این احساس می‌تواند در دوقطبی بیشتر باشد که علت آن تغییر مداوم ذهنیت و تفکرات افراد دوقطبی می‌باشد. همچنین، افراد دارای اختلال دوقطبی، تحت تأثیر باور و اعتقاد منفی می‌باشند و اخلاق دارای ارتباط نزدیک با اعتقاد است. همین امر موجب شده که مؤلفه اخلاقی، در این افراد نسبت به احتمال بیشتر باشد. از طرفی، افراد دارای اختلال وسواس جبری از نظر دیدگاه روانکاوی در مرحله مقعدی از رشد روانی جنسی تثبیت و در کودکی فراخودبزرگ بینی برخوردار بودند، در نتیجه، نسبت به سایرین، خشونت بیشتری داشتند. افراد وسواسی به مبحث ریسک، خطر و احتمال بیشتر از اخلاق توجه دارند. احتمالاً باورهای عمومی‌تر در مورد احتمال یا احتمال بروز پیامدهای منفی، از عوامل منحصر به فرد در اختلال وسواسی جبری در مقابل سایر اختلالات است. افراد دارای وسواسی جبری تصور می‌نمایند که فکر آن‌ها در ارتباط با رخدادها ناگوار برای سایرین و خود، موجب وقوع این رخدادها ناگوار شده است که به تفکر جادویی معروف است. افراد دارای وسواسی جبری به دلیل داشتن این افکار، خود را مسئول هر نوع واقعه ناگوار می‌دانند و تلاش می‌کنند که از آن جلوگیری نمایند. همجوشی فکری و عملی باعث افزایش شرم، گناه و مسئولیت‌پذیری زیاد در افراد دارای وسواسی جبری می‌گردد و این امر موجب بیشتر بودن همجوشی فکری و عملی احتمال در افراد

نتیجه دیگر مطالعه حاضر نشان داد که بین همجوشی فکر-عمل در مبتلایان به اختلال دوقطبی و افراد عادی تفاوت معنادار وجود دارد. نمرات همجوشی فکر-عمل در گروه دوقطبی به‌طور معناداری بالاتر از گروه افراد عادی بود. از میان مؤلفه‌های همجوشی فکر-عمل، در مؤلفه همجوشی فکر-عمل اخلاقی، نمرات گروه دوقطبی به‌طور معناداری بالاتر از گروه افراد عادی بود. در مؤلفه همجوشی فکر-عمل احتمال برای دیگران و برای خود، در گروه دوقطبی و افراد عادی تفاوت معنادار مشاهده نشد. پژوهش مشابهی در این زمینه انجام نشده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که همجوشی فکر-عمل مجموعه‌ای از تحریف‌های شناختی است که در مطالعات بسیاری با مشکلات روان‌شناختی در نظر گرفته شده و این تحریف‌ها شامل باورهای ناهنجار و نادرست درباره ارتباط بین رویدادهای ذهنی و رفتارهای آشکار است و یک سوگیری شناختی است که دارنده آن بر این باور است که داشتن افکار ناخوشایند و نامقبول دال بر غیر اخلاقی بودن منش وی است یا احتمال وقوع رویدادهای فاجعه‌انگیز را می‌تواند افزایش دهد. در طی همجوشی فکر-عمل، مرز بین فکر و عمل مربوطه مبهم است و موجب درد و ناراحتی روانی، رفتارهای ناسازگار مانند نگرانی بیش از حد می‌شود. در همجوشی فکر و عمل اخلاق، افکار بد و غیر قابل‌پذیرش از لحاظ اخلاقی معادل و برابر با انجام آن فکر در عالم واقعیت تلقی می‌گردد. از طرفی، فرد دارای اختلال دوقطبی، دارای خلق و خوی بی‌ثبات بوده و به‌طور مستمر و غیرعادی از حالت خیلی خوب به خیلی بد و افسرده تغییر می‌کند. دوقطبی، یک اختلال مغزی است که باعث تغییرات غیر معمول در خلق و خوی، انرژی، و توانایی در عملکرد فرد می‌گردد. لذا، به نظر می‌رسد که این بی‌ثباتی در افکار و تغییرات در عملکرد، باعث درهم آمیختگی فکر و عمل افراد دوقطبی شده و موجب افزایش همجوشی فکر-عمل این افراد در مقابل افراد عادی شود.

آخرین یافته این مطالعه نمایانگر این مسئله بود که بین همجوشی فکر-عمل در مبتلایان به اختلال وسواسی جبری و دوقطبی تفاوت معنادار وجود دارد. نمرات همجوشی فکر-عمل در گروه وسواسی جبری بالاتر از گروه دوقطبی و افراد عادی است و در گروه دوقطبی بالاتر از گروه افراد عادی می‌باشد. نتایج به‌دست آمده با یافته‌های پژوهش

از ابزارهای خود گزارش دهی استفاده شد که با وجود برخورداری از روایی و پایایی مناسب، ممکن است پاسخ‌ها تا حدی تحت تأثیر شرایط آزمودنی هنگام پاسخ‌گویی قرار گرفته باشد. لذا، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده از ابزارهای دیگری مانند مصاحبه و مشاهده استفاده کنند. همچنین متغیرهایی مانند ویژگی‌های شخصیتی، اجتماعی و فرهنگی نیز از کنترل پژوهشگر خارج بود. با توجه به نتایج مبنی بر تفاوت همجوشی فکر- عمل در سه گروه وسواسی جبری، دوقطبی و بهنجار که همجوشی فکر- عمل در گروه وسواسی جبری بالاتر از گروه دوقطبی و گروه افراد بهنجار بود، پیشنهاد می‌گردد، اقدامات درمانی که سوگیری‌های شناختی را هدف درمانی قرار دهند، طراحی گردد و سایر عوامل روان‌شناختی مانند نگرانی و احساس گناه نیز مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌گردد، جلساتی با حضور روان‌شناسان به منظور آموزش خانواده در مورد وسواس جبری و دوقطبی، ارائه مهارت‌های حل مسئله و احیای حمایت اجتماعی برای خانواده‌ها انجام شود تا پویایی خانواده به شکلی سالم بازگردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی با کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1398.483 مصوبه از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل می‌باشد. لذا بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مسئولین و کادر درمان بیمارستان فاطمی و کلینیک‌های روان‌شناسی و مطب‌های روان‌پزشکی شهر اردبیل و همچنین کلیه افرادی که پاسخگو پرسشنامه‌ها بودند اعلام می‌نمایم.

References

1. Hashemloo L, Safaralizadeh F, Bagheriyeh F, Motearefi H. The prevalence obsessive-compulsive disorder in students in Khoy University in 2013. *IJPN*. 2014; 2 (2):13-21
2. Sadock, B., Sadock, V. A., & Sussman, N. Kaplan & Sadock's pocket handbook of psychiatric drug treatment. Lippincott Williams & Wilkins 2017.
3. Mental Health Center of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education of Iran
4. Moradi O. "Effectiveness of Structural Family Therapy in Reducing Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. 2017: 17-26.
5. McCabe, R.E., Rowa, K., Farrell, N.R., Young, L., Swinson, R.P., and Antony, M. M. Improving treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: Does motivational interviewing boost efficacy? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2019; 22: 100446. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100446>
6. Fontenelle, L. F., & Miguel, E. C. The impact of COVID-19 in the diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*. 2020
7. Storch EA, McGuire JF, Schneider SC, Small BJ, Murphy TK, Wilhelm S, Geller DA. Sudden gains in cognitive behavioral therapy among children and

دارای وسواسی جبری است. از جمله محدودیت‌ها در پژوهش حاضر این بود که داروهایی که بیماران نمونه پژوهش مصرف می‌کردند، مورد کنترل و ارزیابی قرار نگرفته است. و همچنین عدم تمایز بین اختلال دوقطبی نوع یک و دو وجود داشت. بنابراین از این رو پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، تأثیر داروهای مصرفی این بیماران مورد بررسی قرار گیرد و همچنین انواع اختلال دوقطبی به صورت مجزا مورد بررسی قرار گیرد. همچنین با توجه به اینکه تفاوت معناداری بین عملکرد خانواده و همجوشی فکر- عمل در سه گروه وسواس جبری، دوقطبی و بهنجار وجود داد، پیشنهاد می‌گردد، جلساتی با حضور روان‌شناسان به منظور آموزش خانواده در مورد وسواس جبری و دوقطبی، ارائه مهارت‌های حل مسئله برای خانواده‌ها انجام شود تا پویایی خانواده به شکلی سالم بازگردد. و اقدامات درمانی که سوگیری‌های شناختی را هدف درمانی قرار دهند، طراحی گردد و سایر عوامل روان‌شناختی مانند نگرانی و احساس گناه نیز مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش، نمرات عملکرد خانواده در گروه دوقطبی بالاتر از گروه وسواسی جبری، در گروه افراد بهنجار بالاتر از گروه اختلال وسواسی جبری و گروه دوقطبی بود. نمرات همجوشی فکری و عملی در گروه وسواسی جبری بالاتر از گروه دوقطبی و گروه افراد بهنجار و در گروه دوقطبی بالاتر از گروه افراد بهنجار بود. در مجموع، بدکار کردی خانواده و از بین رفتن مرز میان فکر و عمل موجب افزایش شدت اختلال دوقطبی و وسواسی جبری می‌شود. لذا، توجه به این نتیجه در طرح‌های روان‌درمانی و مداخله‌های تخصصی می‌تواند مؤثر واقع شود. مانند سایر پژوهش‌ها، پژوهش حاضر نیز محدودیت‌هایی داشت، از جمله جهت اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش،

- adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2019 Sep 1;64:92-8. doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.03.003
8. Lee SW, Kim E, Chung Y, Cha H, Song H, Chang Y, Lee SJ. Believing is seeing: an fMRI study of thought-action fusion in healthy male adults. *Brain Imaging and Behavior*. 2020 Mar 3:1-1. <https://doi.org/10.1007/s11682-020-00257>.
 9. Kaplan, VA., and Sadock, BH.. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical. 2015..10th ed.
 10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, 2013. DC: Author.
 11. Amani, Malahat, Abolghasemi, Abbas, Ahadi, Batool, Narimani, Mohammad. Prevalence of obsessive-compulsive disorder among women aged 20 to 40 years in Ardabil. *Journal of Principles of Mental Health*, 2013; 15 (59): 233-242. doi: 10.22038 / jfmh.2013.1897
 12. Hassani J, Ariana Kia E. Cognitive Emotion Regulation Strategies, Anxiety and Impulsivity in Bipolar Disorder with and without Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder. *IJPCP*. 2016; 22 (1) :39-49
 13. Akhundpour Manteghi, Ali. Evaluation of bipolar spectrum in depressed patients referred to an outpatient psychiatric clinic. *Journal of Mental Health Principles*, 2008; 10 (38): 99-105. doi: 10.22038 / jfmh.2008.1744
 14. Koender, M.A., Mesman, E., Giltay, E.J., Elzinga, B.M., & Hillegers, M.H.J. Traumatic experiences, family functioning, and mood disorder development in bipolar offspring. *British Journal of Clinical Psychology* 2020; DOI:10.1111/bjc.12246.
 15. Çuhadar D, Çam MO. Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Archives of psychiatric nursing*. 2014 Feb 1;28(1):62-6. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.008>
 16. Jolfaei, AG, Ataei, S., Ghayoomi, R., and Shabani, A. High Frequency of Bipolar Disorder Comorbidity in Medical Inpatients. *Iranian journal of psychiatry* 2019; 14(1):60.
 17. McClellan, C.B., and Cohen, L.L.. Family Functioning in Children with Chronic Illness Compared with Healthy Controls: A Critical Review. *Journal of Pediatrics*, 2007. 150, 221-223. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2006.11.063>
 18. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, Shabanikia A, Shahrivar Z, Davari Ashtiani R, Hakim Shoushtari M, Sedigh A. Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Advances in cognitive science*. 2004 Apr 10;6(1):10-22.
 19. Ahmadvand A, Sepehrmanesh Z, Ghoreyshy F, Assarian F, Moosavi G A, Saeed R et al. Prevalence of Mental Disorders in General Population of Kashan City. *irje*. 2010; 6 (2):16-24
 20. Putri AA, Khairunnisa H. The Relationship of Family Function and Social Media Addiction among Adolescents. In 4th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPC 2018) 2019 Mar. Atlantis Press. <https://doi.org/10.2991/acpc-18.2019.32>
 21. Yeom, H-E., and Lee, J. Gender Difference in the Relationship among Family Function, Health Behavior, and Stress in Midlife. *The International Journal of Aging and Human Development* 2019; 1–24. <https://doi.org/10.1177/0091415019896225>
 22. Capri, T., Gugliandolo, M.C., Iannizzotto, G., Nucita, A., and Fabio, R.A. The influence of media usage on family functioning. *Current Psychology* 2019; <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00204-1.9>
 23. Peris, T.S., Rozenman, R., Gonzalez, A., Vreeland, A., and Piacentini, J. Family functioning in pediatric trichotillomania, obsessive compulsive disorder, and healthy comparison youth. *Psychiatry Research* 2019; Vol 281. doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112578
 24. Shalev, A., Merranko, J., Goldstein, T., Miklowitz, D. J., Axelson, D., Goldstein, B. I., and Birmaher, B. A longitudinal study of family functioning in offspring of bipolar parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2018; 58, 961–970. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.011>
 25. Odriozola-González P, Pérez-Álvarez M, García-Montes JM, Perona-Garcelán S, Vallina-Fernández O. The mediating role of metacognitive variables in the relationship between Thought-Action Fusion and obsessive-compulsive symptomatology. *suma psicológica*. 2016 Jul 1;23(2):80-9. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.08.001>
 26. Jelvani, R., Etemadi, O., Jazayeri, R.S., and Fatehizade, M. Difficulties in Emotion Regulation among Iranian Remarried Women: The Role of Mindfulness, Thought–Action Fusion, and Emotion Regulation, *Journal of Divorce & Remarriage* 2018; DOI: 10.1080/10502556.2018.1488112
 27. Pourfaraj IM, Investigating the relationship between thought- action fusion, sense of responsibility and guilt with different dimensions of obsessive-compulsive disorder in shiraz university students. *J of clinical Psychology and Personality* 2009; 1(69).
 28. Hezel, D.H., Stewart, M., Bradley, C.R., and McNally, R.J. 2019. Clarifying the thought-action fusion bias in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, Vol, 20, 75-84. doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.10.004
 29. Nemati BB, Kamarzarrin H, Tehranizadeh M. comparison of thought- action fusion, responsibility and thought control in people with obsessive- compulsive symptoms and normal people. Master Thesis, general psychology, payam noor univ, Karaj center 2018.

30. Mikaeili N, Kiamerci A, Timuri R. Comparison of thought-action fusion and attribution style in patients with obsessive-compulsive disorder and depression. *J Social Psychol* 2013; 8(27), 71-81.
31. Akbari M, Alavi M, Irajpour A, Maghsoudi J. Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: A narrative review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2018 Sep;23(5):329. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_122_17
32. Barlow DH, Durand VM, Gottschalk M. *Psychopathologie: une approche intégrative*. De Boeck supérieur; 2016 Jun 24.
33. Tavitian, M. L., Lubiner, J. L., Green, L., Grebstein, L. C., and Velicer, W. F. Dimensions of family functioning, *Journal of Social Behavior and Personality* 1987; 2, 191-204.
34. Mofid, Vahideh, Fatehizadeh, Maryam, Ahmadi, Ahmad, Etemadi, Ozra. The effect of solution-oriented counseling on sexual satisfaction and family performance of women in Isfahan. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 2017; 17 (3): 73-80
35. Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 1996; Vol.10: pp. 379-391. doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7
36. Bakhshi Pour A, Kazemi Rezaei SV. Comparison of working memory capacity and mind control strategies of obsessive-compulsive disorder. *J new psychol research* 2017; 12(48), 37-58.36.19
37. Gholizadeh H, Bayrami M, Farnam A, Imani M, Pirzade J. A COMPARISON OF FAMILY FUNCTIONING IN OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER PATIENTS WITH HEALTHY SUBJECTS. *Stud Med Sci*. 2010; 21 (4) :354-360
38. Swinson RP, Antony MM, Rachman S, Richter MA, editors. *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. Guilford Press; 2001 Oct 31.
39. Cooper, M. Obsessive-compulsive disorder: Effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1996. 66(2), 296-304.
40. Sateesh, R. K., Raghavendra, B. N., Adithya, A. P., Nanasahed, M.. Family functioning in patients with obsessive compulsive disorder: A case — control study. *Medical Journal*, . 2016. Vol 8, Issue 3.
41. Moradi Z, Haghayegh SA. Comparing of family functioning among depressed and non-depressed epileptic women's. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*. 2019 Sep 10;5(1):155-68
42. Iacono V, Beaulieu L, Hodgins S, Ellenbogen MA. Parenting practices in middle childhood mediate the relation between growing up with a parent having bipolar disorder and offspring psychopathology from childhood into early adulthood. *Development and psychopathology*. 2018 May;30(2):635-49. DOI: <https://doi.org/10.1017/S095457941700116X>
43. Berutti M, Dias RS, Pereira VA, Lafer B, Nery FG. Association between history of suicide attempts and family functioning in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2016 Mar 1;192:28-33. doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.010
44. Sabzevari MA, Mousavi A, Jafari JR, Azizi FM, Ajali A. Comparison of mind theory in patients with bipolar disorder and healthy individuals and its relationship with personality dimensions. *J Health Promotion Management* 2017; 6(6).
45. ALAVI, KHADIJEH, et al. "Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. 2011: 124-135.
46. Geffken, GR., Storch, EA. Duke, DC. Monaco, L., Lewin, AB., and Goodman, WK. Hope and coping in family members of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2006; 20:614-29. doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.07.001
47. Pourmohammad, Roghayeh, Esmailpour, Khalil, and Mahmoud Alilou, Majid, Comparison of thought-action fusion in normal people and people with schizotypal traits with and without OCD symptoms. 2017. Master Thesis, General Psychology, University of Tabriz.
48. Grøtten T, Solem S, Myers SG, Hjemdal O, Vogel PA, Güzey IC, Hansen B, Nordahl HM, Fisher P. Metacognitions in obsessive-compulsive disorder: a psychometric study of the metacognitions questionnaire-30. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2016 Oct 1;11:82-90. doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.09.002
49. HOMAYOON F, and BEGHOLI H. "Comparison of Thought-Action Fusion, Attributional styles, and Attentional Control in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Depression. 2019: 175-192.
50. Rachman, S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 1998. 36(4), 385-401. [DOI:10.1016/0005-7967(70)90058-6

Original Article

Comparison of family functioning and thought-action fusion in patients with obsessive-compulsive disorder, bipolar disorder and normal people

Received: 16/11/2020 - Accepted: 28/09/2021

Behzad Malehmir¹
Niloufar Mikaeeli^{2*}
Mohammad Narimani²

¹ M.S Clinical Psychology, Mohagheh Ardabili University, Iran

² Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohagheh Ardabili University, Ardabil, Iran.

Email: nmikaeili@yahoo.com

Abstract

Introduction: Among the psychological problems, mood disorders and obsessive-compulsive disorder, due to their recurrent nature, impose exorbitant costs on society annually. In this regard, the present study was conducted to compare family functioning and thought-action fusion in obsessive-compulsive, bipolar and normal obsessive individuals.

Materials and Methods: The present study was a causal-comparative study. The statistical population of this study consists of all obsessive-compulsive and bipolar patients hospitalized and referred to Fatemi Hospital and psychiatric clinics in Ardabil in January and February 2017 and June and July 2016 who received obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder from specialists. From this statistical population, 40 obsessive-compulsive individuals, 40 bipolar individuals and 40 normal individuals were selected by convenience sampling. The instruments of this study were Tavitian et al.'s family performance questionnaire (1987) and Rachman and Shafran (1998) thought-action fusion questionnaire. Data were analyzed using SPSS-25 software and multivariate analysis of variance.

Results: The results showed that people with bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder have lower family functioning than normal people. Also, the mean scores of integration of thought and action in individuals with obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder were higher than normal individuals. ($P < 0/05$).

Conclusion: These results indicate that family dysfunction and blurring of the thought-action line increase the severity of obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder. Therefore, paying attention to this result in psychotherapy plans and specialized interventions can be effective.

Key words: Family Function, Thought-Action Fusion, obsessive-compulsive, Bipolar.