بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تمایزیافتگی بوئن بر کارکرد تحولی خانواده و هم آمیختگی مادران دارای فرزند با اختلال خودماندگی

◈ محمد کموشی[۱] ◈ دکتر فاطمه ایزدی[۲*]

چکیده: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان تمایزیافتگی بوئن بر کارکرد تحولی خانواده و هم آمیختگی مادران دارای فرزند خودمانده ۱۴-۳ سال در شهرستان آباده در سال ۱۴۰۱ انجام شده است. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بود که با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شـــده اســـت. جامعه آماری شـــامل همه مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال خودماندگی ۱۴-۳ ســـال بود که فرزند آنها در مرکز توانبخشی حضرت عباس در سال ۱۴۰۱تحت آموزش بوده است و بر اساس ملاکهای نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و تست تشـــخیصی گارس۲ تشخیص خودماندگی گرفته و دارای پرونده در مرکز بودنـــد. در این پژوهش ۳۰ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه کارکرد تحولی خانواده(DFFAQ) و پرسشـــنامه هم‌آمیختگی-تمایـــز خود (DSI-R) بود. شرکت‌کنندگان درگروه آزمایش طی ده جلســـه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی تحت آموزش درمان تمایزیافتگی قرارگرفتند. نتایج با نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشـــان داد که درمان تمایزیافتگی بوئن بر کارکرد تحولی خانواده و هم‌آمیختگـــی در مادران دارای فرزند خودمانده تأثیرگذاربوده اســـت (P<۰/۰۵). لذا می‌توان از این روش درمانـــی به‌منزلۀ یک روش مؤثر برای بهبود عملکرد خانواده دارای کودکان خودمانده و روابط والد- فرزند در این گروه از خانواده‌ها بهره گرفت.

کلید واژگان: درمان مبتنی بر تمایزیافتگی بوئن، کارکرد تحولی خانواده، هم‌آمیختگی، خودماندگی

◉ تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۳۱ ◉ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱/۲۰

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسندۀ اول است.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول) **E-mail:** izadi@iaukhsh.ac.ir

مقدمه

خانواده نخستین پناهگاه امن برای رشـد افراد است. همـان‌گونه‌که یک فرد در طول رشد و تکامل مراحلی را پشت‌سر می‌گـذارد خـانواده نیز مـراحلی گـریزناپذیر با چالشهـای خـاص همان مـرحله را از سر می‌گذراند. حال اگر در این میان اتفاقی غیرقابل‌پیش‌بینی برای خانواده رخ دهد خانواده از چارچوب بالندگی خارج و دچار تنش می‌شود. یکی از عواملی که می‌تواند کل سیستم خانواده را تحت‌تأثیر قرار دهد ابتلای فرزند به اختلال خودماندگی است. اخـتلال خودماندگی[1] گروهی از اختلالات‌اند که ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آمـاری اخـتلالهای روانی[2] (DSM5)، آن را در طبقه عصبی رشدی آورده است. این اختلال در دوران رشد و پیش از سه سالگی شروع می‌شود و عوامل گوناگون ژنتیکی و محیطی در بروز آن دخیل‌اند.

در این بین مادران به‌دلیل داشتن نقش مراقبتی مسئولیت بیشتری در قبال فرزند خودمانده خود به‌عهده دارند و در نتیجه مشکلات روانی و تنیدگیهای بیشتری را تجربه می‌کنند (مک‌کانچی و دیگل[3]، ۲۰۰۷). از جمله این تنیدگیها می‌توان بـه سطوح بالای هم‌آمیختگی با کودک خـودمانده اشـاره کرد (وبستر[4] و همکاران، ۲۰۰۴).

هم آمیختگی[5] در نظریه بوئن[6] از متغیرهای مهمی است که می‌تواند سبب آسیب در کودکان شود و مشکلاتی را در رابطه مادر وکودک به وجود آورد (بوئن، ۱۹۷۸). هم آمیختگی با دیگران به معنای درگیری هیجانی با افراد مهم زندگی و هویت‌یابی افراطی از آنهاست که شامل چهار مقیاس واکنش‌پذیری‌هیجانی، جایـگاه من، گـسلش عـاطفی یا گـریز هیجـانی و هم‌آمیختگی با دیگران است (اسکورن و دندی[7]، ۲۰۰۴). در خانواده دارای عضو خودمانده اغلب زندگی خانوادگی پیرامون کودک مبتلا می‌چرخد و چنین تمرکز شدیدی بر نیازهای کودک سبب ایجاد استرس مزمن و غفلت از جنبه‌های دیگر زندگی خانوادگی می‌شود. همین مسئله می‌تواند بر ویژگیهای شخصیتی و استرس والدگری والدین و نیز کارکرد خانواده تأثیرگذار باشد (مالجارز[8] و همکاران، ۲۰۱۴).

کارکرد تحولی خانواده[9]، از موضوعات مهمی است که کل سیستم خانواده دارای فرزند خودمانده را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. الگوی کارکرد تحولی خانواده که گرین‌اسپن در سال (۲۰۰۷) مطرح کرده است، رویکردی تحولی و فراگیر است که براساس یکپارچه ساختن توانمندیهای شناختی، عاطفی، زبانی و

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders
3. McConachie & Diggle
4. Webster
5. Fusion
6. Bowen
7. Skowron & Dendy
8. Maljaars
9. Transformative function of the family

هیجـانی قرار گرفتـه است. بر اساس مـدل نظری گرین‌اسپن و ویدر[1] (۲۰۰۷) خانـواده به‌مثابه یک‌واحد منحصر به فرد، مراحل تحول هیجانی - کارکردی مشـابه با مـراحل تحول هـر فرد انسـانی را پشت‌سر می‌گذارد که این مـراحل هفتگانه عبارت‌اند از: تـوجه و تنظیم، صـمیمیت، ارتبـاط متقـابل دوسویه، حل مسئله اجتماعی، ایجاد بازنماییها یا ایده‌ها، تفکر منطقی و انضباط (گرین‌اسپن و ویدر، ۲۰۰۷). نتایج پژوهشها نشان می‌دهد که مراقبت از کودک خودمانده بر کارکردهای تحول خانواده تأثیرگذار است و نیاز به توجه جدی به خانواده این گروه از افراد دارد (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۹).

تاکنون رویکردهایی گوناگون مانند رویکردهای رفتاری، شناختی و شناختی رفتاری برای کمک به این مادران به‌کار برده شده است که ازجمله آنها می‌توان به درمانهای حمایتی[2] و شناختی رفتاری[3] (ریاحی و همکاران، ۱۳۹۰)، درمان فراتشخیصی[4] (قمرانی و محسنی‌اژیه، ۱۳۹۶)، روان‌شناسی مثبت‌نگر[5] (حسین‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶) و روان‌شناسی وحدت- مدار[6] (نصیری و همکاران، ۱۳۹۴) اشاره کرد که با وجود موفقیتهـای نسبی محدودیتهـایی را نیز دارند، مانند ناکامی در بـهبودی بخشی قابل‌توجه از بیماران، وجود راهنما و دستورالعملهای درمانی متعدد برای هر یک از اختلالها و دوره‌های کارورزی طولانی‌مدت (یانگ[7] و همکاران، ۲۰۰۳ ؛ هیز[8]، ۲۰۰۴). در این میـان یـکی از رویـکردهایی که می‌تواند در مورد این مادران و متغیرهای مربوطه اثرگذار باشد، درمان تمایزیافتگی[9] بر مبنای نظریه بوئن است. به نظر بوئن، درجـه ظهور خود تمایز یافتگی در هر فرد بیانگر احساسی است که وی تجربه می‌کند. هدف اصلی تفکیک خویشتن، توازن میان احساس و شناخت است. تفکیک در معنای بوئنی آن، بیشتر یک فرایند است تا هدف دست‌یافتنی (گلدنبرگ و گلدنبرگ[10]، ۲۰۰۳). درمانگران درمان تمایزیافتگی بوئن بر این باورند که تمام اختلالاتی که در کارکرد خانواده وجود دارد از جمله هم‌آمیختگی و تنیدگی از مدیریت ناکارامد اضطراب در سیستم خانواده ناشی می‌شود (کر[11]،۱۹۸۱). از این رو هدف اصلی درمان بوئنی کاهش اضطراب مزمن از طریق آگاه کردن سیستم عاطفی خانواده، افزایش سطح تمایز و تمرکز بر تغییر خود به جای سعی در تغییر دادن دیگران است (مؤسسه نظام خانواده بوئن[12]، ۲۰۰۹). کر و بوئن (۱۹۸۸) عنوان می‌کنند که رابطه میان اعضای یک خانواده به‌طور مستقیم با کارکرد هر یک از اعضا

1. Greenspan & Wieder
2. Supportive treatments
3. Cognitive behavioral therapy
4. Transdiagnostic treatment
5. Positive psychology
6. Unitarian psychology
7. Young
8. Hayes
9. Differentiation
10. Goldenberg, I. & Goldenberg, H.
11. Kerr
12. Bowen Family System Institute

ارتباط دارد و توانایی هر یک از اعضا برای کارکرد فردی، ارتباطی مستقیم با کارکرد کل خانواده دارد.

همچنین مردانی و طباطبایی‌نژاد (۱۴۰۱) در پژوهشی باعنوان «اثربخشی درمان سیستمی بوئن بر کارکرد خانواده، دلبستگی هیجانی و تعهد زناشویی زنان متقاضی طلاق مراجعه کننده به دادگاههای شهر اصفهان» نشان دادند که درمان سیستمی بوئن در مرحله پس‌آزمون و در کوتاه‌مدت در بهبود کارکرد خانواده و مؤلفه‌های آن شامل حل مسئله، ارتباط، نقشها، آمیختگی عاطفی، پاسخگویی عاطفی، کنترل رفتاری و کارکرد کلی تأثیر معنادار داشته است. کارگر برزی و همکاران (۱۳۹۸) نیز نشان دادند که خانواده درمانی مبتنی بر درمان عاطفی بوئن، یک درمان مؤثر برای بهبود کارکردهای تحولی خانواده در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است.

کارست و ون‌هک[1] (۲۰۱۲)، در پژوهشی مبنی بر بررسی نظام‌مند چالشهای خانواده و راهبردهای مقابله که در برزیل انجام شده است به این نتیجه رسیدند که اختلال خودماندگی تأثیری شدید بر پویایی خانواده دارد که منجر به تحمل بار بیش از حد مراقبان به ویژه مادران می‌شود. نظام بهداشت یکپارچه باید مراقبت جامع مستمر و هماهنگ را برای تقویت زوج بیمار - خانواده و ترویج رشد کامل و شمول اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال خودماندگی ارائه دهد.

آنجلاسیم[2] و همکاران (۲۰۱۷)، در پژوهشی مبنی بر «رضایت از رابطه و مقابله زوجی در زوجین دارای کودک دارای اختلال خودماندگی» نشان دادند که بیش از دو سوم از نمونه، رضایتی را گزارش کرده‌اند که با استرس والدینی کم، افزایش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت و کاهش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای منفی همراه بوده است. همچنین بشیری و خلعتبری (۱۳۹۹)، در پژوهشی مبنی بر «بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی سیستمی بوئن بر تمایزیافتگی و اضطراب جدایی کودکان دورهٔ ابتدایی (۶ تا ۱۲سال)» به این نتیجه رسیدند که با احتمال ۹۹ درصد خانواده‌درمانی بوئن بر اضطراب جدایی و تمایزیافتگی مؤثر است. رضوی و لیوارجانی (۱۳۹۹) نیز طی پژوهشی نتیجه گرفتند که خانواده‌درمانی بوئن یک درمان مؤثر برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی، تمایزیافتگی و امید به زندگی در خانواده‌های در معرض طلاق است. در همین راستا نتایج پژوهش رعنایی و همکاران (۱۴۰۰) باعنوان «مقایسه اثربخشی درمان سیستمی بوئن و درمان ترکیبی سیستمی بوئن و نوروفیدبک بر افزایش سطح تمایزیافتگی» نشان داد که درمان مبتنی بر تمایزیافتگی بوئن و درمان ترکیبی سیستمی بوئن و نوروفیدبک سبب بهبود سطح تمایزیافتگی می‌شود.

از آنجا که شمار مبتلایان به اختلال خودماندگی رو به افزایش است و با توجه به تأثیری که این اختلال بر کارکرد خانواده می‌گذارد و مانع گذار خانواده از مراحل تحولی می‌شود و نیز با توجه به میزان استرس و نگرانی که برای والدین، به ویژه مادران دارای این کودکان ایجاد می‌کند که سبب نوعی

1. Karst & Van Hecke
2. Sim

چسبندگی در رابطه مادر - فرزندی می‌شود و در پی آن عدم پیشرفت کودک در امر آموزشهای لازم را در پی دارد و با ملاحظهٔ اینکه اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه تمایزیافتگی بوئن تاکنون بر مشکلات خانوادگی و روان‌شناختی مادران دارای فرزند خودمانده بررسی نشده است، بر این اساس در این پژوهش اثربخشی درمان تمایزیافتگی بوئن برکارکرد تحولی خانواده و هم‌آمیختگی مادران دارای فرزند خودمانده بررسی شده است.

روش پژوهش

روش پژوهش با توجه به اهداف و ماهیت آن از نوع پژوهش نیمه‌آزمایشی بوده و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل همه مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال خودماندگی ۱۴-۳ سال بود که فرزند آنها در مرکز جامع توانبخشی حضرت عباس شهرستان آباده در سال ۱۴۰۱ در حال آموزش بوده است و بر اساس ملاکهای نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و براساس غربالگری و تست تشخیصی گارس۲[1] که مرکز بهزیستی انجام داده بود، تشخیص خودماندگی گرفته و دارای پرونده در مرکز بودند. ازمیان ۵۰ مادری که به پرسشنامه‌های کارکرد تحولی خانواده و هم‌آمیختگی - تمایز خود پاسخ داده بودند، ۳۰ نفر که نمرات کمتر از متوسط یا متوسط در متغیرها را دریافت کرده بودند انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) طبقه‌بندی شدند. این نمره در پرسشنامه کارکرد تحولی خانواده معادل ۹۰ و پایین‌تر از آن و در پرسشنامه هم آمیختگی - تمایز خود کمتر از ۱۸۴بود. گروه آزمایش درمان تمایزیافتگی بوئن را طی ده‌جلسه یک ساعتی و به‌صورت هفتگی دریافت کردند. ملاکهای ورود به این پژوهش عبارت بودند از: داشتن فرزند مبتلا به اختلال خودماندگی، سن فرزند ۳ الی ۱۴ سال، تمایل به همکاری در پژوهش، داشتن کودک تحت آموزشهای ویژه اختلال خودماندگی، کسب نمرهٔ۹۰ و کمتر در پرسشنامه کارکرد تحولی خانواده و کسب نمره زیر ۱۸۴ در پرسشنامه هم‌آمیختگی-تمایز خود. ملاکهای خروج نیز شامل دریافت همزمان درمانهای روان‌شناختی دیگر از سوی مادر و غیبت بیش از ۲ جلسه مادر بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه کارکرد تحولی خانواده (DFFAQ)[2]: این مقیاس با هدف سنجش کارکرد تحولی خانواده را عالی و همکارانش(۱۳۹۲) براساس الگوی DIR[3] که توسط گرین‌اسپن و ویدر (۱۹۹۷) ارائه شده تدوین کرده‌اند. نسخه پایانی این ابزار دارای ۴۳ ماده است و ویژگیهای

1. Gilliam Autism Rating Scale–Second Edition (GARS-2)
2. Developmental Family Functioning Assessment Questionnaire
3. Developmental, Individual-Differences, Relationship-Based Model

هیجانی - کارکردی خانواده را در قالب ۷ مرحله تحولی ارزیابی می‌کند. این مراحل عبارت‌اند از: توجه و تنظیم، صمیمیت و جذب شـــدن به انسانها، ارتباط متقابل دو سویهٔ ارادی، حل مسئله اجتماعی مشترک، ایجاد بازنماییها و ایده‌ها، تفکر منطقی و انضباط. برای نمره‌گذاری DFFAQ تمام پاســـخها از صفر (هیچگاه) تا ۳ (همیشه) کدگذاری می‌شـــوند. برای به‌دست آوردن نمرهٔ هر خرده‌مقیاس نمرات مواد هر خرده‌مقیاس با هم جمع شده و بر تعداد مـــواد آن خرده‌مقیاس تقســـیم می‌شـــود؛ بنابراین نمرهٔ هر خرده‌مقیاس میان صفر تا ۳ خواهد بود. نمره کل کمتر از ۴۳ نشـــان‌دهندهٔ کارکرد ضعیف، نمره کل ۸۶ نشـــان‌دهندهٔ کارکرد متوسط و نمره کل ۱۲۹ نشـــان‌دهندهٔ کارکرد بالای خانواده اســـت و نیز نمره بالا در هر خرده‌مقیاس بیانگر کارکرد رشد یافته‌تر در آن حیطه اســـت (علیزاده، ۱۳۸۱). به‌منظور تعیین روایی ملاکی، همبســـتگی میان دو پرسشـــنامه کارکرد خانواده مک‌مستر FAD و پرسشـــنامه سنجش تحولی خانواده با آزمون همبستگی پیرسون مورد بررسی و آزمون قرار گرفت و ضریب همبستگی میان این دو پرسشنامه ۰/۷۵به‌دست آمد. همچنین تحلیل عاملی برای روایی سازه نشان داد که ۷ عامل کارکرد تحولی خانواده در مجموع ۶۷/۲۵ درصد کل واریانس را تبیین می‌کنند (عالی و همکاران، ۱۳۹۲).

۲. پرسشنامه آمیختگی - تمایز خود (DSI-R)[1]: این پرسشنامه را اسکورن و فریدلندر[2](۱۹۸۹) تهیه کرده‌اند و آزمون نهایی را جکســـون[3] در ۴۶ آیتم بر مبنای نظریه بوئن ســـاخته است. این پرسشنامه به‌منظور ســـنجش تمایزیافتگی افراد به‌کار می‌رود و تمرکز اصلی آن روی ارتباطات مهم زندگی و روابط افراد با خانواده اصلی اســـت (اسکورن،۲۰۰۰) که از ۴ خرده‌مقیاس واکنش هیجانی، گسلش عاطفی، جایگاه من و هم آمیختگی با دیگران تشکیل شده است (پاپرو[4]،۱۹۹۰). این پرسشنامه با مقیاس ۶ لیکرتی از ۱ (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۶ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) درجه‌بندی شده است و به هر سؤال نمره‌ای بین ۱ تا ۶ تعلق می‌گیرد. حداقل امتیاز ممکن ۴۶ و حداکثر ۲۷۶ خواهد بود. درصورتی‌که نمرات پرسشنامه بین ۴۶ تا ۹۲ باشد، میزان هم‌آمیختگی بالا و نشـــان از مشکل شدید است، درصورتی‌که نمرات پرسشنامه بین ۹۲ تا ۱۸۴ باشـــد، میزان هم‌آمیختگی در ســـطح متوســـط و درصورتی‌که نمرات بالای ۱۸۴ باشد، میزان هم‌آمیختگی بسیار خوب است. یونســـی (۱۳۸۵) پرسشنامه مذکور را هنجاریابی کرده و روایی محتوایی آن را با روش همســـانی درونی ۰/۸۳ و اعتبـــار آن را بـــا روش بـــازآزمایی ۰/۸۱ گزارش کرده است.

1. Differentiation of Self Inventory-Revised
2. Scorn & Friedlander
3. Jackson
4. Papero

◉ پروتکل درمان تمایز یافتگی بوئن

جلسات درمان شامل ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود و به‌صورت هفتگی اجرا شد و بر اساس طرح یانگ و لانگ[1] (۲۰۰۶) تدوین شده است. شرح مختصر جلسات درمان در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر تمایز یافتگی بوئن

جلسات	شیوه اجرا
جلسه اول	● معرفی خود و اعضای گروه. بیان اهداف تشکیل جلسه آموزشی. اعتمادسازی در اعضای گروه و تشویق آنها به بی‌پرده‌گویی. بررسی روابط و مشکلات اعضا
جلسه دوم	● یادآوری اعتماد و تعهد هر فرد به گروه. ارائه تعریفی از باورها و انتظارات هر فرد از الگوها و نقش خود بدون هیچگونه قضاوت و تعبیر و تفسیری. بیان نقشهای جنسیتی مادران و نسلهای پیشین خود. بحث دربارهٔ مسائل شخصی- عاطفی و بیماری در خانواده. ترسیم ژنوگرام و شروع به تفسیر آن
جلسه سوم	● بیان انتظارات فرد در روابط صمیمانه. بررسی تأثیر تفاوتهای جنسیتی و شخصیتی بر ارتباط ● ارائه توصیه‌هایی برای درک و رعایت تفاوتهای شخصیتی از سوی پژوهشگر. بررسی دیدگاه فرد در زمینهٔ شغل و فعالیت خارج از منزل
جلسه چهارم	● بازگشت به خانه کودکی و مرور خاطرات کودکی. کشف ناکامیهای اصلی دوران کودکی و نحوه واکنش به آنها
جلسه پنجم	● تمرین تخلیه خشم و مهار آن به شکل سازنده. آگاهی بر مواضع شخصی و بیان قوانین در فرایند تفکیک افکار از احساسات
جلسه ششم	● پرداختن به جنبه‌های شناختی افراد. تمرین روش مکالمه آگاهانه درونی درباره درخواست و انتظارات خود از کودک. درجه‌بندی میزان مشکل بودن هر درخواست
جلسه هفتم	● استفاده از پیامهای من. بیان روشن و واضح خواسته‌ها از سوی گوینده پیام
جلسه هشتم	● فهرست کردن تعارضات و روشهای برخورد با آنها و پیامدها در جدول حل تعارضات. تفکیک سبکهای سالم و مخرب. بررسی تأثیر سبک مهارت حل تعارض بر روابط صمیمانه. مطرح کردن روشهای حل و کاهش تعارضات از سوی پژوهشگر
جلسه نهم	● توضیح مهارت حل مسئله از سوی پژوهشگر. مطرح کردن مسائلی که در زندگی فرد تعارض جدی نباشد. توضیح صورت مسئله از سوی هر فرد. بیان هدف یا وضعیت مطلوب آن مسئله. مقایسه روش پیشین و روش مطلوب
جلسه دهم	● یکپارچه شدن و هم بسته شدن تمام جنبه‌های جداشده فرد. به‌دست آوردن توصیفی از خود واقعی. مرور اهداف و انتظارات خود. بررسی میزان دستیابی به اهداف

1. Young & Long

یافته‌های پژوهش

براساس یافته‌های دموگرافیک میانگین سنی در آزمودنیهای گروه آزمایش ۴/۹۱± ۳۸/۴۷ و در گروه کنترل ۶/۵۶ ± ۳۶/۸ است. علاوه براین، حداقل و حداکثر سن آزمودنیها در گروه آزمایش به ترتیب ۳۲ و ۴۷ و در گروه کنترل ۲۲ و ۴۵ است. در ادامه اطلاعات توصیفی متغیرها در جدول شماره ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای میانگین		گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای میانگین
نمره کل کارکرد تحولی خانواده. پیش	آزمایش	۱۵	۷۹/۰۶	۱۷/۰۱	۴/۳۹	نمره کل هم‌آمیختگی- تمایز. پیش	آزمایش	۱۵	۱۵۵/۰۷	۱۹/۳۳	۴/۹۹
	کنترل	۱۵	۸۲/۷۳	۱۸/۴۸	۴/۷۷		کنترل	۱۵	۱۴۸/۸۰	۱۱/۲۸	۲/۹۱
نمره کل کارکرد تحولی خانواده. پس	آزمایش	۱۵	۹۶/۸۷	۱۱/۶۷	۳/۰۱	نمره کل هم‌آمیختگی- تمایز. پس	آزمایش	۱۵	۲۰۱/۸۰	۹/۹۴	۲/۵۷
	کنترل	۱۵	۷۴/۷۳	۱۲/۳۵	۳/۱۹		کنترل	۱۵	۱۴۵/۴۷	۷/۸۵	۲/۰۳
توجه و تنظیم. پیش	آزمایش	۱۵	۱/۸۲۰۰	۰/۴۱۵۶۴	۰/۱۰۷۳۲	صمیمیت. پیش	آزمایش	۱۵	۱/۹۶۴۰	۰/۶۷۹۲۱	۰/۱۷۵۳۷
	کنترل	۱۵	۱/۸۷۴۷	۰/۳۹۵۳۳	۰/۱۰۲۰۷		کنترل	۱۵	۲/۰۱۸۰	۰/۵۵۶۰۶	۰/۱۴۳۵۷
توجه و تنظیم. پس	آزمایش	۱۵	۲/۱۸۴۷	۰/۲۸۱۵۷	/۰۷۲۷۰	صمیمیت. پس	آزمایش	۱۵	۲/۳۵۳۳	۰/۳۵۵۳۲	۰/۰۹۱۷۴
	کنترل	۱۵	۱/۵۴۰۰	۰/۴۱۴۷۸	۰/۱۰۷۱۰		کنترل	۱۵	۱/۸۵۲۷	۰/۵۲۶۰۰	۰/۱۳۵۸۱
ارتباط متقابل. پیش	آزمایش	۱۵	۱/۹۳۸۰	۰/۶۵۵۵۰	۰/۱۶۹۲۵	حل مسئله. پیش	آزمایش	۱۵	۲/۰۶۲۷	۰/۵۴۳۴۶	۰/۱۴۰۳۲
	کنترل	۱۵	۱/۹۹۶۰	۰/۵۵۵۶۳	۰/۱۴۳۴۶		کنترل	۱۵	۲/۱۳۰۰	۰/۵۸۷۹۱	۰/۱۵۱۸۰
ارتباط متقابل. پس	آزمایش	۱۵	۲/۱۹۸۹	۰/۴۹۷۴۸	۰/۱۲۸۴۵	حل مسئله. پس	آزمایش	۱۵	۲/۵۶۱۳	۰/۳۴۷۷۲	۰/۰۸۹۷۸
	کنترل	۱۵	۱/۷۷۰۸	۰/۲۹۴۸۲	۰/۰۷۶۱۲		کنترل	۱۵	۱/۸۹۴۸	۰/۴۴۳۵۶	۰/۱۱۴۵۳
ایجاد بازنمایی. پیش	آزمایش	۱۵	۱/۸۰۶۷	۰/۵۰۲۸۳	۰/۱۲۹۸۳	تفکرمنطقی. پیش	آزمایش	۱۵	۱/۴۲۶۷	۰/۴۲۶۷۳	۰/۱۱۰۱۸
	کنترل	۱۵	۱/۸۸۴۷	۰/۵۳۷۳۲	۰/۱۳۸۷۴		کنترل	۱۵	۱/۶۲۶۷	۰/۳۶۱۴۸	۰/۰۹۳۳۳
ایجاد بازنمایی. پس	آزمایش	۱۵	۲/۱۷۲۷	۰/۴۰۷۳۲	۰/۱۰۵۱۷	تفکرمنطقی. پس	آزمایش	۱۵	۲/۰۶۶۷	۰/۲۲۲۵۴	۰/۰۵۷۴۶
	کنترل	۱۵	۱/۶۶۵۷	۰/۴۶۶۰۷	۰/۱۲۰۳۴		کنترل	۱۵	۱/۵۸۶۷	۰/۲۹۷۲۹	۰/۰۷۶۷۶
واکنش هیجانی. پیش	آزمایش	۱۵	۳۱/۷۳۳۳	۹/۹۸۱۸۹	۲/۵۷۷۳۱	جایگاه من. پیش	آزمایش	۱۵	۳۸/۸۶۶۷	۱۰/۴۳۲۵۵	۲/۶۹۳۶۷
	کنترل	۱۵	۳۳/۴۶۶۷	۵/۱۲۵۱۰	۱/۳۲۳۳۰		کنترل	۱۵	۳۵/۶۶۶۷	۶/۷۹۹۸۶	۱/۷۵۵۷۲

جدول ۲. (ادامه)

	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای میانگین		گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای میانگین
واکنش هیجانی. پس	آزمایش	۱۵	۴۶/۲۶۶۷	۳/۴۳۲۳۴	۰/۸۸۶۲۳	جایگاه من. پس	آزمایش	۱۵	۴۵/۸۶۶۷	۵/۲۰۸۰۵	۱/۳۴۴۷۱
	کنترل	۱۵	۳۲/۲۰۰۰	۵/۴۵۳۷۰	۱/۴۰۸۱۴		کنترل	۱۵	۳۱/۷۳۳۳	۵/۲۴۳۵۹	۱/۳۵۳۸۹
گسلش عاطفی. پیش	آزمایش	۱۵	۳۰/۱۳۳۳	۹/۴۹۳۳۶	۲/۴۵۱۱۷	هم آمیختگی. پیش	آزمایش	۱۵	۳۵/۳۳۳۳	۹/۴۶۹۲۵	۲/۴۴۴۹۵
	کنترل	۱۵	۴۰/۲۰۰۰	۶/۳۳۸۰۹	۱/۶۳۶۴۹		کنترل	۱۵	۳۸/۸۰۰۰	۵/۹۶۶۵۷	۱/۵۴۰۵۶
گسلش عاطفی. پس	آزمایش	۱۵	۵۵/۴۰۰۰	۴/۲۰۵۴۴	۱/۰۸۵۸۴	هم آمیختگی. پس	آزمایش	۱۵	۵۳/۶۰۰۰	۶/۵۳۳۴۳	۱/۶۸۶۹۲
	کنترل	۱۵	۴۳/۰۶۶۷	۶/۲۵۰۳۳	۱/۶۱۳۸۳		کنترل	۱۵	۳۸/۱۳۳۳	۴/۶۱۱۵۸	۱/۱۹۰۷۰

همان‌گونه‌که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات مقیاس کارکرد تحولی خانواده در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۷۹/۰۶ و در مرحله پس‌آزمون ۹۶/۸۷ است که نشان می‌دهد میانگین نمره این مقیاس در گروه آزمایش افزایش بسیاری داشته است. همچنین میانگین نمرات مقیاس هم‌آمیختگی در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۱۵۵/۰۷ و در مرحله پس‌آزمون ۲۰۱/۸۰ است که حاکی از تأثیر مداخله بر این مقیاس است. همچنین با توجه به مقایسه مقادیر میانگین مؤلفه‌ها در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود که در گروه آزمایش، افزایش نمره صورت پذیرفته است. براساس نتایج پژوهش، میانگین نمرات شاخص توجه و تنظیم در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۱/۸۲ و در مرحله پس‌آزمون برابر با ۲/۱۸ و نیز در مؤلفه صمیمیت در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۱/۹۶ و در مرحله پس‌آزمون برابر با ۲/۳۵ است که نشان‌دهندهٔ افزایش این مقادیر پس از مداخله است. همچنین در مؤلفه‌های مقیاس هم‌آمیختگی - تمایز خود مانند شاخص واکنش هیجانی که در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۳۱/۷۳ و در مرحله پس‌آزمون برابر با ۴۶/۲۶ و نیز میانگین نمرات شاخص گسلش عاطفی در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۳۰/۱۳ و در مرحله پس‌آزمون ۵۵/۴۰ نیز افزایش مقادیر قابل مشاهده است.

این تغییر به‌طور شهودی، تأثیر مداخله را بر دو متغیر درجهت مطلوب نشان می‌دهد که باید اثربخشی این مداخله از طریق آزمون تحلیل کوواریانس بررسی شود. پیش از انجام تحلیل کوواریانس پیش‌فرضهای آن بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است. برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیرو - ویلکز استفاده شده و نتایج نشان داده که پیش فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش برقرار است ($P>۰/۰۵$). همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد که مفروضه همگنی واریانسها نیز برقرار است. در نهایت بررسی تعامل پیش‌آزمون و متغیر مستقل نشان از عدم معناداری این تعامل و برقراری فرض

همگنی شیب رگرسیون داشت.

با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، برای بررسی اثربخشی مداخله بر کارکرد تحولی خانواده و هم‌آمیختگی مادران دارای فرزند خودمانده، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شده که نتایج در جداول شماره ۳ تا ۶ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در بررسی اثربخشی درمان تمایزیافتگی بوئن بر مؤلفه‌های کارکرد تحولی خانواده

نام آزمون	مقدار	آماره F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معناداری	اتا	توان
اثر پیلایی	۰/۷۴	۷/۵۵	۷	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۰/۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۲۵	۷/۵۵	۷	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۰/۹۹
اثر هتلینگ	۲/۸۷	۷/۵۵	۷	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۰/۹۹
بزرگترین ریشه روی	۲/۸۷	۷/۵۵	۷	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۰/۹۹

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۳، سطوح معناداری همه آزمونها کمتر از ۰/۰۵ است که بیانگر این است که دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنادار داشته‌اند. در ادامه جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که تفاوت در کدام یک از متغیرها معنادار بوده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی اثربخشی درمان تمایزیافتگی بوئن بر مؤلفه‌های کارکرد تحولی خانواده

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور اتا
توجه و تنظیم	۳/۲۸۵	۱	۳/۲۸۵	۲۹/۷۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
صمیمیت	۲/۰۵۵	۱	۲/۰۵۵	۱۵/۲۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶۲
ارتباط متقابل دوسویه	۱/۵۱۳	۱	۱/۵۱۳	۱۲/۶۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸
حل مساله اجتماعی	۳/۶۱۷	۱	۳/۶۱۷	۳۵/۶۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶۹
ایجاد بازنماییها یا ایده ها	۲/۲۰۸	۱	۲/۲۰۸	۱۶/۴۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷۸
تفکر منطقی	۱/۷۲۳	۱	۱/۷۲۳	۲۴/۴۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷۵
انضباط	۱/۸۵۱	۱	۱/۸۵۱	۲۷/۷۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰۷

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۴، تفاوت میانگین مؤلفه‌ها در دو گروه آزمایش و گروه کنترل معنادار است (P<۰/۰۱). به‌عبارت‌دیگر می‌توان گفت که درمان تمایزیافتگی بوئن بر مؤلفه‌های کارکرد تحولی خانواده مادران دارای فرزند خودمانده تأثیر معنادار دارد.

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره دربارهٔ اثربخشی درمان تمایزیافتگی بوئن بر هم‌آمیختگی - تمایز خود در جدول شمارهٔ ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در بررسی اثربخشی درمان تمایزیافتگی بوئن بر مؤلفه‌های هم‌آمیختگی-تمایز خود

نام آزمون	مقدار	آماره F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معناداری	اتا	توان
اثر پیلایی	۰/۴۵۳	۷/۱۷	۴	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۶
لامبدای ویلکز	۰/۵۴۷	۷/۱۷	۴	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۶
اثرهتلینگ	۰/۸۲۸	۷/۱۷	۴	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۶
بزرگترین ریشه روی	۰/۸۲۸	۷/۱۷	۴	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۶

با توجه به اطلاعات جدول شمارهٔ ۵، سطوح معناداری همه آزمونها کمتر از ۰/۰۱ است که بیانگر این است که دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنادار داشته اند. در ادامه جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که تفاوت در کدام‌یک از متغیرها معنادار بوده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی اثربخشی درمان تمایزیافتگی بوئن بر مؤلفه‌های هم‌آمیختگی- تمایز خود

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور اتا
واکنش هیجانی	۱۴۹۶/۷۴۵	۱	۱۴۹۶/۷۴۵	۷۱/۱۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲۵
گسلش عاطفی	۷۹۴/۵۲۷	۱	۷۹۴/۵۲۷	۲۷/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰۰
جایگاه من	۱۳۰۰/۴۴۲	۱	۱۳۰۰/۴۴۲	۵۳/۹۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶۷
هم آمیختگی با دیگران	۱۸۴۷/۶۸۴	۱	۱۸۴۷/۶۸۴	۵۹/۵۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۶، تفاوت میانگین مؤلفه‌ها در دو گروه آزمایش و گروه کنترل معنادار است (P<۰/۰۱). به‌عبارت‌دیگر می‌توان گفت که درمان تمایزیافتگی بوئن بر مؤلفه‌های هم‌آمیختگی - تمایز خود مادران دارای فرزند خودمانده تأثیری معنادار دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

براســـاس نتایج به‌دست آمده از تحلیل کوواریانس، درمان تمایزیافتگی بوئن بر کارکرد تحولی خانواده تأثیر معنادار دارد. جســـتجوهای پژوهشگر در پیشـــینه و ادبیات پژوهش نشان می‌دهد کـــه نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش مردانی و طباطبایی‌نـــژاد (۱۴۰۱)، رحیمی و همکاران (۱۳۹۹)، کارگر برزی و همکاران (۱۳۹۸) و نیز با نتایج پژوهشهای تونالی و پاور[1] (۲۰۰۲) و وبستر و همکاران (۲۰۰۴) همسوست.

در این راســـتا تونالی و پاور (۲۰۰۲) دریافتند که بســـیاری از مادران این کودکان به ســـبب مشکلات فرزندشان ناگزیر به کناره‌گیری از کار و ماندن در خانه شده‌اند. این مادران اوقات فراغت کمتری دارند و همسرانشان حمایت عاطفی بسیار کمی از آنان می‌کنند. وبستر و همکاران (۲۰۰۴) نیز وجود ســـطوح بالای اضطراب، افسردگی، استرس، انزوا و سطوح پایین درآمیختگی عاطفی را در والدین و همشـــیرها توصیف کرد که تأثیری شـــدید بر زندگی خانوادگی می‌گذارند (وبستر و همکاران، ۲۰۰۴).

در تبییـــن این نتیجه می‌تـــوان گفت که اگر در ایـــن روابط و ادراکهـــا مداخله‌ای در جهت بهبـــودی صورت گیرد، هم کودک دارای اختلال خودماندگی و هم ســـایر اعضای خانواده زندگی رضایت‌مندانه‌تـــری را تجربه خواهند کـــرد. در پژوهش حاضر در روند جلســـات درمان، مادران دارای فرزند خودمانده، هنگام بررســـی ویژگیهای رفتاری مثبت و منفی والدین خود و مقایسه آن با ویژگیهای مثبت و منفی رفتاری و رابطه‌ای خود در زندگی به این بینش رســـیدند که رفتارها و نحـــوه برقراری ارتباط با اعضای دیگر بـــه ویژه با فرزند خود همانند رفتارهای والدین و به نوعی تکرار الگوی برقراری رابطه نســـل پیشین خودشان اســـت. در این تکلیف ارائه شده به آزمودنیها فرصت داده شد که درمورد رفتارهای مثبت و منفی والدینشان بیندیشند و آنها را در صفحه‌ای که رو به رویشـــان قرار داشت در ســـتون مربوط به ویژگیهای والدین بنویسند و مجدداً به آنها فرصت داده شـــد که این بار درمورد ویژگیهای مثبت و منفی خودشان در رابطه با همسر و فرزندان خود فکر کنند و در صفحه رو به‌رویشان در ستون مربوط به ویژگیهای خود بنویسند، سپس به مقایسه بپردازند. به این طریق مشخص شد که نحوه برخورد با مشکل نحوه تربیت فرزندان و نیز نحوه اداره زندگیشان بیشتر آموخته شده از والدین و شبیه رفتارهای آنها بوده است و همین امر به بهبود روند برخورد با فرزند و نیز اعضای دیگر خانواده انجامیده و کارکرد خانواده رو به بهبودی گذاشته است و خانواده از این اتفاق و تغییر در زندگی و نوع رابطه با اعضای دیگر به رضایت‌خاطر رسیده‌اند. با توجه به بهبود کارکرد تحولی خانـــواده در پـــی اجرای تـــکنیک فـــوق می‌تـــوان نتیجه گرفت درمان مبتنی

1. Tunali & Power

بر تمایزیافتگی بوئن منجر به بهبودی کارکرد تحولی خانواده‌های دارای فرزند خودمانده می‌شود.

همین‌طور بر اســـاس نتایج به‌دست آمده از پژوهش، درمان تمایزیافتگی بوئن بر هم‌آمیختگی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال خودماندگی تأثیر معنادار دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش رعنایی و همکاران (۱۴۰۰)، بشـــیری و خلعتبری (۱۳۹۹)، رضوی و لیوارجانی (۱۳۹۹)، سیم و همکاران (۲۰۱۷) و کارست و ون‌هک (۲۰۱۲) همسوست. در این راستا بشیری و خلعتبری (۱۳۹۹)، در پژوهشـــی مبنی بر بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی سیستمی بوئن بر تمایزیافتگی و اضطراب جدایی کودکان دوره ابتدایی (۶ تا ۱۲سال) به این نتیجه رسیده‌اند که با احتمال ۹۹ درصد خانواده‌درمانی بوئن بر اضطراب جدایی و تمایزیافتگی مؤثر است.

در تبییـــن این یافته می‌توان گفت که طبق الگوی بوئن فـــردی که به خودمتمایزی متعادل از خانواده رســـیده باشد کمترین سطح اضطراب و نشانه‌های روان‌شناختی را دارد. افراد تمایزیافته می‌توانند مسیر درستی را در زندگی انتخاب کنند و با در نظر گرفتن عقل و منطق تصمیم‌گیری کنند، ضمن آنکه تمایل به ســـازگاری روان‌شناختی بیشـــتری دارند (پاپرو، ۱۹۹۰). از آنجایی که مادران با واکنش‌پذیری بالا نمی‌توانند در رو یا رویی با موقعیتها از عملکرد شناختی خود به خوبی استفاده کنند، آموزش گروهی مفاهیم رویکرد بوئن این فرصت را برای آنها فراهم می‌کند تا مادران آنها را بشناســـند و این الگوها برایشان قابل پیش‌بینی شـــود. از این رو، با وجود گستردگی روابط و آمیختگی مادر و ســـایر اعضا با فرد دارای اختلال و در پی آن عدم اســـتقلال کودک خودمانده در امـــور روزمره به‌دلیل دخالت بیش از حد مادر در آمـــوزش صحیح و اصولی او و وجود ائتلافها و مثلث‌ســـازی در میان اعضای خانواده، به نظر می‌رسد که آموزش مفاهیم مرتبط با تمایزیافتگی می‌تواند درافزایش اســـتقلال نســـبی این کودکان و روابط سالم‌تر اعضا با یکدیگر و نیز دیگر افراد خارج از ساخت خانواده مؤثر باشد. همچنین می‌توان گفت که رشد بهینه زمانی اتفاق می‌افتد که اعضای خانواده از هم متمایزند، بنابراین در این شرایط اضطراب در میان اعضای خانواده پایین است که بهبود وضعیت رابطه‌ای آزمودنیها پس از انجام دادن تکلیف کنترل خشـــم و مکالمه آگاهانه و روشهای حل مسئله این گفته را تأیید کرد. در این تکنیکها آزمودنیها نحوه صحیح برخورد با مسائل زندگی از جمله مشکلات کودک دارای اختلال خودماندگی خود را فراگرفته و آموختند که با زمان دادن و برقـــراری ارتباط مؤثر با کودک، بدون درگیری و تأثیرپذیری عقل و احســـاس از یکدیگر موجبات پیشرفت کودک خود را فراهم آورند.

از محدودیتهای این پژوهش این بود که پژوهش در شهرســـتان آباده و در میان مادران دارای فرزند خودمانده صورت گرفته اســـت، لذا در تعمیم نتایج آن به ســـایر جوامع باید به موقعیتها و شـــرایط مختلف توجه و احتیاط کرد. همچنین نتایـــج حاصل از این پژوهش منحصر به داده‌های حاصل از ابزارهای به‌کار رفته در پژوهش است. با توجه به اینکه پرسشنامه جنبه خودگزارش‌دهی

دارد و پاسخهای جامعه‌پسند را تقویت می‌کند، ممکن است در پاسخها سوگیری وجود داشته باشد، یعنی بین خودگزارش‌دهی فرد و رفتار واقعی او در دنیای خارج فاصله زیادی وجود داشته باشد و نیز عدم وجود سنجش در مرحله پیگیری، نتایج پژوهش را با محدودیت مواجه می‌سازد. در نتیجه از آنجایی که این پژوهش شامل بیمارانی می‌شود که عضو یکی از مراکز توانبخشی بودند و بیمارانی را که در جامعه‌اند و نیز افرادی را که عضو انجمن اوتیسم بودند شامل نمی‌شد، پیشنهاد می‌شود که در پژوهشهای آینده این موضوع روی گروههای مختلف انجام شود تا هم امکان مقایسه نتایج فراهم شود و هم اینکه یافته‌ها با قابلیت اطمینان بالاتر و اعتبار بیرونی بیشتر به کل جامعه تعمیم داده شود. همچنین به منظور کنترل اثر سوگیریهای احتمالی در داده‌های به‌دست آمده از خودگزارشیها، پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای بعدی از شاخصهای عینی یا مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته یا گزارشهای مشاهده‌گر نیز علاوه بر ابزارهای خودگزارشی بهره‌گیری شود و به‌منظور ارزیابی میزان تداوم اثر درمانی برنامه پیگیری نیز بررسی شود. در نهایت، پیشنهاد می‌شود متخصصان از درمان مبتنی بر تمایزیافتگی بوئن برای مدیریت کارکرد تحولی خانواده و کاهش هم‌آمیختگی در مادران کودکان با اختلال خودماندگی بهره گیرند.

منابع

REFERENCES

بشـــیری، حسین و خلعتبری، جواد. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشـــی خانواده درمانی سیستمی بوئن بر تمایز یافتگی و اضطراب جدایی کودکان مقطع ابتدایی (۶ تا ۱۲سال). *سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت*. مشهد.

حســـین‌آبادی، صدیقه؛ پورشـــهریاری، مه‌ســـیما و زندی‌پور، طیبه. (۱۳۹۶). اثربخشی روانشناســـی مثبت‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزندان اوتیسم. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۸ (۱)، ۵۴-۶۰.

رحیمی، سوســـن؛ امین‌یزدی، سید امیر و افروز، غلامعلی. (۱۳۹۹). مقایسه کارکرد تحولی خانواده، ویژگی‌های شخصیتی و استرس والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و همتایان دارای کودک رشد بهنجار. *مجله پرستاری کودکان*، ۶ (۳)، ۱۴-۲۱.

رضوی، سپیده و لیوارجانی، شعله. (۱۳۹۹) . اثربخشی خانواده درمانی بوئن بر بهزیستی روان‌شناختی، تمایزیافتگی و امید به زندگی فرزندان خانواده‌های در معرض طلاق . *سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی*، ۲ (۴)، ۳۰-۴۷.

رعنایی، زهرا؛ ســـلیمانیان، علی‌اکبر؛ محمدزاده ابراهیمی، علی و قاســـمی‌مطلق، مهدی. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان سیستمی بوئن و درمان ترکیبی سیستمی بوئن و نوروفیدبک بر افزایش سطح تمایزیافتگی: یک مطالعه راهنما. *سلامت اجتماعی*، ۹ (۱)، ۴۷-۶۳. https://doi.org/10.22037/ch.v9i1.31434

ریاحی، فروغ؛ خواجه‌الدین، نیلوفر؛ ایزدی مزیدی، سکینه؛ عشرتی، طیبه و نقدی‌نسب، لیلا. (۱۳۹۰). تأثیر درمان حمایتی و شناختی‌رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم. *مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور*، ۱۰(۶)، ۶۳۷-۶۴۵. Doi: 10.22118/jsmj.2012.55124

عالی، شـــهربانو؛ امین‌یزدی، سید امیر؛ عبدخدائی، محمدســـعید؛ غنائی چمن‌آباد، علی و محرری، فاطمه. (۱۳۹۲). تدوین و اعتباریابی پرسشنامه سنجش کارکرد تحولی خانواده. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۳ (۲)، ۱۵۷-۱۷۶. Doi: 10.22067/ijap.v3i2.36678

علیزاده، حمید.(۱۳۸۱). تأثیر فرزند معلول یا ناتوان بر خانواده. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۵ (۱۴).

قمرانی، امیر و محســـنی‌اژیه، علیرضا. (۱۳۹۶). اثربخشـــی درمان فراتشخیصی بر فقدان لذت‌جویی و ترس از مسخره شدن مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵ (۱)، ۱۳-۲۰. dor: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.3.2

کارگر برزی، حمید؛ چوبداری، عسگر و ثمری‌صفا، جعفر. (۱۳۹۸). اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر درمان عاطفی بوئن بر کارکردهای تحولی خانواده و روان‌بنه‌های هیجانی ناسازگار زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. *دوفصلنامه روانشناسی خانواده*، ۶ (۱)، ۳-۱۴. Doi: https://doi.org/10.29252/ijFp.6.1.3

مردانی، منا و طباطبایی‌نژاد، فاطمه‌سادات. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان سیستمی بوئن بر کارکرد خانواده، دلبستگی هیجانی و تعهد زناشویی زنان متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به دادگاه‌های شهر اصفهان. *مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی* (موسسه آموزش عالی نگاره)، ۳۷ (۴)، ۱۰۷-۱۲۲.

نصیری، غفار؛ زاده‌محمدی، علی و شـــهیدی، شهریار. (۱۳۹۴). اثربخشی مداخلهٔ روانشناسی وحدت‌مدار بر تنیدگی و رابطهٔ مادر-کودک مادران کودکان اتیستیک. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۹ (۲)، ۲۳-۴۰. Dor: 20.1001.1.20084331.1394.9.2.2.7

یونســـی، فاطمه. (۱۳۸۵). *هنجاریابی و تعیین ویژگیهای روانســـنجی آزمون خود متمایزســـازی در بین افراد ۵۰-۲۵ ساله*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Bowen Center for the Study of the Family. (2009). *Bowen theory and therapy*. Retrieved from www.thebowencenter.org

Gilliam, J. (2006). *GARS-2: Gilliam Autism Rating Scale-Second Edition.* Austin, TX: PRO-ED

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2003). *Family therapy: An overview* (6th ed.). Brooks/Cole.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1997). Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with autistic spectrum diagnoses. *Journal of Developmental and Learning Disorders, 1*, 87-141.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2007). *Infant and early childhood mental health: A comprehensive, developmental approach to assessment and intervention*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2004). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*, 247-277. https://doi.org/10.1007/s10567-012-0119-6

Kerr, M. E. (1981). *Family systems theory and therapy*. In A. S. Gurman, & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 226-264). Brunner/Mazel.

Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*. W. W. Norton & Company.

Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2014). Maternal parenting behavior and child behavior problems in families of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(3), 501-512.
doi: 10.1007/s10803-013-1894-8

McConachie, H., & Diggle, T. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 13*(1), 120-129. doi:10.1111/jep.2007.13.issue-1

Papero, D. V. (1990). *Bowen family systems theory.* Boston: Allyn and Bacon.

Sim, A., Cordier, R., Vaz, S., Parsons, R., & Falkmer, T. (2017). Relationship satisfaction and dyadic coping in couples with a child with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(11), 3562-3573. doi: 10.1007/s10803-017-3275-1.

Skowron, E. A. (2000). The role of differentiation of self in marital adjustment. *Journal of Counseling Psychology, 47*(2), 229–237. https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.2.229

Skowron, E. A., & Dendy, A. K. (2004). Differentiation of self and attachment in adulthood: Relational correlates of effortful control. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 26*(3), 337. https://doi.org/10.1023/B:COFT.0000037919.63750.9d

Tunali, B., & Power, T. G. (2002). Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *32*(1), 25-34. doi: 10.1023/a:1017999906420

Webster, A., Feiler, A., Webster, V., & Lovell, C. (2004). Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. *Journal of Early Childhood Research*, *2*(1), 25-49. https://doi.org/10.1177/1476718X0421002

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide.* Guilford Press.

Young, M. E. & Long, L. L. (2006). *Counseling and therapy for couples*. Brooks Cole.

Quarterly Journal of
Family and Research

Investigating the Effectiveness of Bowen-Based Differentiation Therapy on the Developmental Functioning of Families and the Fusion of Mothers with Children with Autism Spectrum Disorder

M. Kamoushi[1] F. Izadi, Ph.D.[2*]

Abstract

The present study sought to investigate the effectiveness of Bowen-based differentiation therapy on the developmental functioning of families and the fusion of mothers with children aged 3-14 years with autism spectrum disorder in Abadeh city in 2022. This quasi-experimental research had a pre-test, post-test control group design. The statistical population comprised all mothers with children aged 3-14 years diagnosed with autism based on DSM-5 criteria and the GARS-2 diagnostic test, whose children were under training at Hazrat Abbas Rehabilitation Center in 2022. Thirty mothers were purposefully selected and randomly assigned to experimental and control groups. The research tools included the Developmental Family Functioning Assessment Questionnaire (DFFAQ) and the Differentiation of Self Inventory-Revised (DSI-R). Participants in the experimental group received ten 60-minute group sessions of Bowen-based differentiation therapy. The results, analyzed using SPSS software and covariance analysis, showed that Bowen-based differentiation therapy significantly improved the developmental functioning of families and the fusion of mothers with children with autism ($p<0.05$). Thus, this therapeutic approach can be effectively used to enhance family functioning and parent-child relationships in families with children with autism.

Keywords: **Bowen-based differentiation therapy, developmental functioning of families, fusion, Autism Spectrum Disorder**

Date received: Aug. 22, 2022 **Date accepted:** April 9, 2023

This article is derived from the first author's Master's Thesis.

1. Doctoral Student in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran (Corresponding Author).
E-mail: izadi@iaukhsh.ac.ir