

تعیین اثر خانواده درمانی ساختاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان

نویسندگان: دکتر رقیه موسوی*، دکتر ولی الله فرزاد^۲ و دکتر شکوه نوایی نژاد^۳

۱. استادیار دانشگاه شاهد

۲. استادیار دانشگاه تربیت معلم

۳. استاد دانشگاه تربیت معلم

* Email: mousavi@shahed.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر، مطالعه اثر بخشی رویکرد خانواده درمانی ساختاری در بهبود اختلالات اضطرابی کودکان از طریق ایجاد تغییر در ساختار خانواده، کاهش تعارضات در روابط والدین خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی کودکان بوده است. روش پژوهش شبه تجربی بوده و با اجرای پیش آزمون و پس آزمون و ارائه مداخله و اندازه‌گیری مکرر انجام شد. ۴۰ خانواده با حداقل یک فرزند دارای اختلالات اضطرابی که به‌طور تصادفی در دو گروه مساوی شامل گروه آزمایشی و گروه کنترل جایگزین شده در این مطالعه شرکت کردند. اعضای خانواده‌های گروه آزمایشی، به مدت ۹ جلسه در معرض مداخله درمانی با طرح درمانی یکسان (که بر اساس رویکرد خانواده درمانی ساختاری از پیش طراحی شده بود) قرار گرفتند. همچنین خانواده‌ها شش هفته پس از آخرین جلسه درمان در یک جلسه پیگیری نیز شرکت کردند. ابزار پژوهش مصاحبه تشخیصی بر اساس معیارهای DSM-IV-TR و مقیاس اضطراب کودکان اسپنس بود. در طول مدت مطالعه گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. نتایج نشان داد که اثر بخشی خانواده درمانی ساختاری در بهبود اختلالات آسیمیگی، هراس اجتماعی و ترس از صدمات جسمانی، اضطراب تعمیم یافته و اختلال وسواس-اجبار گروه آزمایشی معنادار است ($p < 0.005$)

کلید واژه‌ها: خانواده درمانی ساختاری، اختلال اضطراب تعمیم یافته، وسواس اجبار، ترس از صدمات جسمانی، هراس اجتماعی، آسیمیگی

• دریافت مقاله: ۸۶/۱۲/۱۳

• ارسال برای داوران:

(۱) ۸۶/۱۲/۱۸

(۲) ۸۷/۴/۱۲

(۳) ۸۷/۴/۱۲

(۴) ۸۷/۱۰/۲

(۵) ۸۷/۱۰/۲

• دریافت نظر داوران:

(۱) ۸۷/۴/۳

(۴) ۸۷/۱۱/۷

(۵) ۸۷/۱۱/۵

• ارسال برای اصلاحات:

(۱) ۸۷/۱۱/۱۳

• دریافت اصلاحات:

(۱) ۸۸/۷/۲۶

• ارسال برای داور نهایی:

(۱) ۸۸/۸/۱۱

• دریافت نظر داور نهایی:

(۱) ۸۸/۹/۳

• پذیرش مقاله: ۸۸/۱۰/۲۰

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Seventeenth Year, No.40
Apr.-May. 2010
Clinical Psy. & Personality

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال هفدهم - شماره ۴۰

اردیبهشت ۱۳۸۹

مقدمه

خانواده بنیاد اصلی جامعه است. دستیابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با یکدیگر است [۱]. با در نظر گرفتن اینکه اختلال یا بیماری یک عضو خانواده احتمالاً بر عملکرد

سایرین نیز تأثیر منفی گذاشته و از طرف دیگر می‌تواند ناشی از روابط نامطلوب با سایرین و بالاخص والدین باشد، فرد مشکل‌دار در واقع نشانه اشکال و اختلال در سیستم و کل اعضای خانواده خواهد بود. همچنین با عنایت به اینکه تا سن ۶ سالگی خانواده مهم‌ترین عامل رشد شخصیت کودک است، کودکان به‌عنوان عناصری

خانواده درمانی ساختاری قبل از درمان و برطرف کردن نشانه‌های مرضی، لازم است در سازمان یا ساختار خانواده تغییری صورت گیرد. ساختار خانواده مجموعه نامرئی از نقش‌های ویژه‌ای هست که اعضای خانواده، از طریق آن به یکدیگر مرتبط می‌شوند. در این رویکرد تأکید بر خانواده به عنوان یک کل و تعاملات بین زیر منظومه‌های آن است. مهم‌ترین ملاک عملکرد سالم و کارکردی زیر منظومه‌ها برخورداری از مرزهای روشن بوده و بر نقش‌ها، قواعد و قدرت مبتنی است [۵].

فرایند خانواده درمانی به آشکارسازی الگوهای ارتباطی تکرار شونده و قابل پیش‌بینی و چگونگی تأثیرگذاری این الگوها بر رفتار بیمار معلوم (Identified Patient) می‌پردازد. یکی از مفروضه‌های اساسی خانواده درمانی ساختاری، به‌عنوان یکی از رایج‌ترین رویکردهای خانواده درمانی این است که مشکلات کودکان نشانگر وجود مشکل در الگوهای تعامل خانواده است و از این رو در درمان اختلالات کودکان بر تغییر الگوهای تعامل ویژه‌ای تأکید می‌شود. بنابراین اعضای خانواده به‌عنوان عناصر سازنده یک سیستم گسترده با مشکل کودک و درمان او مرتبط بوده و برای جلسات درمان دعوت می‌شوند. درمانگر از طریق نمایش الگوهای تعامل خانواده در طی جلسات، ساختار خانواده و مرزهای زیر منظومه‌ها را آشکار کرده و برای حذف نشانگان مرضی بیمار معلوم (کودک) به تغییر و بازسازی ساختار خانواده و... دست می‌زند [۱].

پژوهش‌های مربوط به بررسی نقش خانواده در ابتلا به انواع اختلالات عاطفی رفتاری کودکان نشان می‌دهد که ریشه بسیاری از اختلالات را باید در تعاملات موجود در نظام خانواده و همچنین تعارضات زناشویی جستجو کرد [۶، ۷، ۸، ۹]. بنابراین به‌نظر می‌رسد به‌کارگیری و توسعه روش‌های درمانی مبتنی بر خانواده درمانی بتواند به تغییر و اصلاح الگوهای ارتباطی زوجین و اعضای خانواده منجر شود. در نتیجه اختلالات عاطفی رفتاری کودکان نیز در خانواده درمان شده و

که تأثیرات کمتری را در مقایسه با والدین در تعاملات خانواده دارند، بیش از سایرین در معرض آسیب‌هایی هستند که از رهگذر عدم وجود روابط سالم در خانواده حادث می‌شود. سلامت روان اعضای خانواده به‌خصوص کودکان در صورت وجود تعاملات سالم در این تشکل طبیعی رقم می‌خورد. بنابراین توجه به خانواده و تلاش در جهت رفع مشکلات و معضلات این سازمان بنیادی می‌تواند نوید بخش جامعه‌ای ارزشمند و متعالی باشد [۲] و در همین راستاست که توجه به خانواده درمانی و به‌ویژه اختلالات کودکان اهمیت ویژه می‌یابد.

رویکرد خانواده درمانی نسبتاً جدید بوده و مبادی رسمی آن به سال‌های ۱۹۴۰ تا ۱۹۶۰ برمی‌گردد. بروز این رویکرد به‌صورت درمان‌های فعلی در فاصله سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۹۰ صورت گرفت. خانواده درمانی پس از دهه ۱۹۵۰ همزمان در تعداد زیادی از کشورها با خدمات، برنامه‌ها و روش‌های درمانی متنوع جایگاه ویژه‌ای پیدا کرد [۳].

هم اکنون خانواده درمانی برای درمان طیف وسیعی از مشکلات زیستی، روانی، اجتماعی مورد استفاده قرار گرفته و دیدگاه‌های متنوعی برای آن، با توجه به گستره وسیع کاربرد این رویکرد ارائه شده است [۴].

محور اصلی نگرش پیشگامان نهضت خانواده درمانی توجه به مشکلات انسان به‌عنوان مسائل بین فردی است. از این رو این نوع نگرش شامل راه‌حلی است که مستقیماً معطوف به روابط بین افراد می‌شود. در حالی که امروزه ارتباطات خانواده، محوری برای درمان مشکلات و اختلالات روانی والدین و کودکان و به‌منزله یک فرایند چند سطحی پیچیده محسوب شده و به خانواده به‌عنوان سیستمی با مرزهای نسبتاً نفوذپذیر (semi permeable)، شامل زیر منظومه‌های تشکیل‌دهنده آن، با توجه به توانایی استفاده از بازخوردهای مثبت و منفی برای تقویت ثبات و تغییر خانواده نگریسته می‌شود [۵].

ایده اصلی خانواده درمانی ساختاری این است که نشانه مرضی فرد هنگامی که در بافت الگوهای تعاملی خانواده ارزیابی شود، قابل شناخت‌تر خواهد بود. از نظر

کودکان و ۱۰-۵ درصد نوجوانان با یکی از معیارهای تشخیصی اختلال اضطرابی تا حدودی که روند عادی زندگی کودک و عملکرد روزانه وی را مختل کند مواجه هستند [۲۱، ۲۰، ۱۹]. با مرور مطالعات مربوط به شیوع شناسی اختلالات اضطرابی به این نتیجه رسیدند که اختلالات اضطرابی به میزان زیادی در میان کودکان و نوجوانان شایع است. میزان اضطراب تعمیم یافته در کودکان سنین مدرسه حدود ۳ درصد تخمین زده شده است. در میان نوجوانان شیوع اختلال آسیمیگی در طول عمر ۶ درصد و شیوع اختلال اضطراب تعمیم یافته ۳/۷ درصد بوده است [۱].

اختلال اضطراب کودکی با پیامدهای منفی قابل ملاحظه در سازگاری شخصی، تحصیلی و اجتماعی همراه است [۲۳ و ۲۲]. شواهد نشان می‌دهد اختلال اضطراب کودکی پدیده‌ای گذرا نبوده و در صورت عدم درمان تا سنین نوجوانی و بزرگسالی ادامه پیدا کرده و مشکلات بسیاری را در آینده کودک ایجاد می‌نماید [۲۴، ۲۵، ۲۶]. مطالعات نشان داده است تداوم اختلالات اضطرابی در دوران نوجوانی سبب اختلال (Distress) قابل ملاحظه بالینی یا تخریب عملکرد اجتماعی، تحصیلی، شغلی و سایر زمینه‌های مهم کارکردی فرد می‌شود. بنابراین اختلال مذکور علاوه بر صدمات بسیاری که از جهات رشدی، شخصیتی و... بر کودک می‌گذارد، تأثیرات نامطلوبی در رابطه والدین و سایر برادران و خواهران کودک نیز خواهد داشت. نتایج تحقیقات طولی در رابطه با تأثیرات مخرب آن نشان داده است که افراد بزرگسالی که در دوران کودکی دچار این اختلالات بوده‌اند، مشکلات عدیده‌ای را در ازدواج و با همسرانشان خواهند داشت [۲۷ و ۲۸].

مطالعات انجام شده در مورد رابطه میان اختلال اضطراب دوران کودکی و اختلالات مربوط به بزرگسالی نشان داده است که وجود سابقه اضطراب دوران کودکی پیش‌بینی‌کننده اختلال آسیمیگی و افسردگی در بزرگسالی می‌باشد [۲۹] و احتمال بهبودی در صورت وجود زمینه اضطراب در سایر اعضای خانواده کاهش می‌یابد. این

امکان بازگشت مجدد بیماری به علت تغییر شرایط نامطلوب به شرایط مطلوب خانواده از بین می‌رود [۱۰]. در پژوهش‌های مقایسه‌ای میان درمان با رویکردهای انفرادی و درمان مبتنی بر خانواده، موفقیت بیشتر خانواده درمانی از حیث کیفی و کمی و تداوم درمان در زمینه اختلالات اضطرابی ذکر شده است. نتیجه یک مطالعه مروری با موضوع بررسی اثر بخشی درمان‌های مبتنی بر خانواده نشان داد که این شیوه در مطالعات متعدد در درمان اختلالات اضطرابی کودکان مؤثر بوده است. در حالی که علی‌رغم کارایی نسبی، حدود ۲۰ الی ۵۰ درصد درمان نشده برای روش‌های درمانی دیگر همچون شناختی رفتاری، رفتار درمانی و... در تحقیقات متعدد گزارش شده است. همچنین شواهد علمی مبتنی بر تحقیقات در دهه‌های اخیر اثر بخشی خانواده درمانی را در مشکلات متعددی نظیر اختلالات عاطفی در کودکی و نوجوانی، اختلالات روان تنی، اختلالات رفتار، سوء استفاده جسمانی از کودک و... نشان داده است [۱۱].

اثر خانواده‌درمانی بر اختلالات اضطرابی در تعدادی از مطالعات ارزیابی شده است. نتایج حاکی از آن است که تأثیر خانواده‌درمانی در درمان ترس از تاریکی، هراس مدرسه، اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال وسواس-اجبار بیش از روش‌های انفرادی و دارو درمانی (بیش از ۷۵ درصد) بوده است [۴، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵]. نیمی از کودکانی که در زمینه بهداشت روانی سرند می‌شوند از اختلالات اضطرابی رنج می‌برند [۱۶]. اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی عاطفی کودکان و نوجوانان می‌باشد [۱۷، ۱۸]. با توجه به تفاوت ابزارها، نمونه‌ها و نوع اختلالات مورد بررسی میزان شیوع متفاوت گزارش شده است. اختلال اضطرابی در کودک ممکن است در یکی از اشکال اضطراب جدایی، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال آسیمیگی با بازار هراسی یا بدون آن، اختلال وسواس-اجبار و هراس‌های اختصاصی ظاهر شود [۱۹، ۱۶].

مطالعات در مورد شیوع شناسی اختلال در نمونه‌های جامعه نشان داده است که در حدود ۱۲-۸ درصد

روش

در این پژوهش از روش تحقیق شبه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برنامه مداخله‌ای از پیش طراحی شده به گروه آزمایش ارائه و نتایج اثرات مداخله با گروه کنترل مقایسه شد. نتایج یافته‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد مقایسه قرار گرفت.

ابزار پژوهش

الف - مقیاس اضطراب کودکان اسپنس: مقیاس اضطراب کودکان اسپنس به منظور اندازه‌گیری و ارزیابی اضطراب کودکان براساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری DSM-IV طراحی و ساخته شده است. فرم اولیه مقیاس در سال ۱۹۹۷ در کشور استرالیا در سال‌های ۱۹۹۷ و ۱۹۹۸ طی دو مطالعه بزرگ ملی، تحلیل عامل تأییدی و اکتشافی ۶ عامل مورد نظر در طیف سنی ۸ الی ۱۲ سال و ۷ الی ۱۹ سال به اثبات رسیده است [۱۹]. این مقیاس که برای استفاده در نمونه‌های جامعه بوده و برای ارزیابی طیف وسیعی از اختلالات اضطرابی میان کودکان بر مبنای DSM-IV تهیه شده است، در مطالعات و پژوهش‌های صورت گرفته از ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی برخوردار بوده است [۲۲، ۳۷، ۳۶]. عامل‌های مورد نظر نشانگان مرتبط با اضطراب جدایی، هراس اجتماعی، اختلال وسواس-اجبار، اختلال آسیمگی-بازار هراسی، اختلال اضطراب فراگیر و ترس از صدمات جسمانی بوده است. این مقیاس شامل ۳۸ سؤال برای انعکاس نشانگان است. ۶ سؤال حالت مثبت داشته و برای کم‌شدن سوگیری منفی پاسخ‌ها طراحی شده است. این مقیاس توسط موسوی و همکاران بر روی ۴۵۰ نفر دانش‌آموز دختر و پسر هنجار گردیده و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آن ۰/۸۹ گزارش شده است [۳۷].

ب- مصاحبه تشخیصی: تشخیص اختلالات اضطرابی با مصاحبه تشخیصی بر اساس معیارهای DSM-IV-TR توسط متخصص روان‌پزشکی و روان‌شناس بالینی از مراجعان انجام شده است.

تحقیقات همچنین نشان داد که بیش از ۵۴ درصد بیماران بزرگسال در دوران کودکی اختلال اضطرابی داشته‌اند [۳۰]. نقش اضطراب به عنوان خطری برای شروع اولیه افسردگی شدید، در تحقیقی که توسط پارکر (Parker) و همکارانش در ۱۹۹۹ انجام شده، بررسی شده است. نتایج نشان داد که ۴۲ درصد از گروه نمونه دارای افسردگی اولیه، دو نوع از انواع اضطراب، (اختلال هراس اجتماعی و اختلال وسواس اجبار) را نشان دادند. شروع اولیه افسردگی با تاریخچه خانوادگی اضطراب، رابطه داشت [۳۱].

با توجه به اینکه کودکان تقریباً ۵۰ درصد جمعیت کشورهای در حال توسعه را تشکیل می‌دهند، به ویژه در کشور ما که از نظر بافت جمعیتی از کشورهای جوان دنیا به شمار می‌آید [۳۲ و ۳۳]، شناخت مسائل و مشکلات روانی و عاطفی این قشر عظیم از جمعیت و کوشش در جهت یافتن شیوه‌ها درمانی موثر و پایدار و گسترش آن دارای اهمیت بسیار است.

اختلالات اضطرابی در صورت درمان به موقع بهبود پیدا کرده و مانع صدمات به رشد روانی، شخصیتی و عملکرد اجتماعی و تحصیلی کودک می‌شود و عدم درمان به موقع بیماری احتمال ابتلا به سایر انواع اختلالات اضطرابی در بزرگسالی را فراهم خواهد کرد. بنابراین حائز اهمیت فراوان است که کودکان مضطرب هر چه زودتر شناسایی شده و امکان مداخلات درمانی مؤثر برایشان فراهم گردد [۱۹].

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی روش درمانی خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان انجام شده است. لازم به ذکر است که در این پژوهش علاوه بر اختلالات اضطرابی ذکر شده اثرات خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلال اضطراب جدایی به عنوان شایع‌ترین و مهم‌ترین اختلال کودکان [۱۷] مطالعه شده بود و اثربخشی آن مورد تأیید قرار گرفت. اثر درمان فوق‌الذکر بر بهبود عملکرد خانواده و تقویت رضایت زناشویی نیز تأیید گردید که در مقالات دیگری گزارش گردیدند [۳۵، ۳۴].

مرحله دهم- ارزیابی کلی طرح درمانی جهت تعیین هر چه دقیق‌تر میزان دسترسی به هدف اصلی و نقش هر یک از افراد مسئول و درگیر در درمان.

نمونه پژوهش

جامعه پژوهش دانش‌آموزان کلاس اول تا پنجم ابتدایی (کودکان ۶-۱۲ سال) مبتلا به اختلال اضطرابی و خانواده‌های آنان بود. نمونه پژوهش، شامل ۴۰ خانواده دارای حداقل یک کودک مبتلا به اختلال اضطرابی، از میان مراجعان به کلینک سلامت خانواده دانشگاه شاهد و بیماران ارجاع شده از طرف مراکز مشاوره وزارت آموزش و پرورش انتخاب شدند. کودکان مورد بررسی از هر دو جنسیت پسر و دختر به طور مساوی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. مراجعین در مرحله اول مقیاس سنجش اضطراب کودکان اسپنس (SCAS) را تکمیل کردند که در مرحله بعد مراجعانی که نمره بالاتر از متوسط برای آنها به دست آمده بود برای مصاحبه تشخیصی دعوت شدند.

خانواده‌هایی که کودکان آنها در مصاحبه تشخیصی، معیارهای DSM IV-TR را از خود نشان دادند برای مرحله بعدی پژوهش انتخاب شدند. کلیه خانواده‌های انتخاب شده به طور تصادفی در دو گروه تقسیم‌بندی شدند. گروه آزمایش موافقت کردند که در جلسات خانواده درمانی شرکت کنند. خانواده‌های گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند.

گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل نیز ۲۰ نفر بودند که از نظر ویژگی‌های دموگرافیک و وجود اختلال واحد مشابه گروه آزمایشی بودند.

روش اجرا و تحلیل نتایج

پس از اجرای پیش‌آزمون‌ها مداخله فقط بر روی گروه آزمایشی (با تعداد مساوی دختر و پسر) اجرا شد. در این مدت گروه کنترل (شامل جنسیت‌های مساوی پسر و دختر) مداخله‌ای دریافت نکرده و در لیست انتظار قرار گرفت.

ج- برنامه مداخله درمانی (طرح درمان): مداخله درمانی شامل ۹ جلسه خانواده درمانی (هر هفته حداکثر ۱ جلسه) و یک جلسه پیگیری در ۱۰ مرحله انجام شد که مراحل مداخله درمانی به ترتیب زیر بود:

مرحله اول- تعریف مشکل (Problem Identification). بیان و تعریف مشکل از دیدگاه مراجع، تشخیص مشاور از مشکل مراجع و سرانجام دستیابی به دیدگاه مشترک میان مشاور و مراجع.

مرحله دوم- تظاهرات رفتاری (Behavioral Manifestation). شناسایی تظاهرات رفتاری اختلال و کسب اطلاعات دقیق از تظاهرات اختلال در مصاحبه بالینی از خانواده.

مرحله سوم- بیان هدف کلی (main goal). تعیین اهداف کلی درمان با تاکید بر درمان اختلالات اضطرابی کودک.

مرحله چهارم- توجه به اهداف جزئی (Objectives). نظیر درمان علائم نشانگان و تظاهرات رفتاری اختلال کودک، رفع تعارضات والدین که به طور غیرمستقیم در درمان اضطراب کودک اثر می‌گذارد.

مرحله پنجم- بیان و شناسایی موانع (Barriers) درمان مانند عدم همکاری یکی از والدین، وجود فرزندی با علائم سایکوپاتولوژیک (نظیر پرخاشگری)، خانواده گسترده و عدم امکان کنترل تعاملات کودک با دیگران.

مرحله ششم- مداخله (Intervention) اصلی بر اساس رویکرد خانواده درمانی ساختاری مینوچین و تکنیک‌های خانواده درمانی همسو.

مرحله هفتم- در برگیرنده تعیین و تبیین وظایف و تکالیف اعضای خانواده در طول جلسات مداخله و در خانه در طی هفته متناسب با اهداف اصلی و اهداف فرعی درمان.

مرحله هشتم- ارائه برنامه زمانبندی مداخله درمانی، تعداد جلسات، فاصله زمانی جلسات.

مرحله نهم- ارزیابی (Evaluation Review) قبل از اعمال مداخله در طول جلسات مداخله، پس از پایان مداخله و در مرحله پیگیری با هدف تعیین میزان دستیابی به هدف درمان.

بررسی برقراری مفروضه‌های آن - یعنی آزمون M باکس (M Box Test of Equality of Covariance Matrices) و آزمون لون (Leven's Test of Equality of Error Variance) مورد بررسی قرار گرفت و برقراری آنها محرز گردید ($p > 0/10$). یافته‌های حاصل از این تحلیل نشان داد پس از حذف اثر پیش‌آزمون، براساس شاخص معناداری هتلینگ آزمون تحلیل واریانس چند متغیری، بین نیم‌رخ پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/0005$ و $df = 27$ و 5). $F = 21/27$ ، $F = 3/94$ (مجذور T) و اندازه اثر ایجاد شده بین دو گروه $0/80$ است. لذا جهت پی بردن به این امر که در مرحله پس‌آزمون بین کدام یک از زیرمقیاس‌ها تفاوت معنادار وجود دارد آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفته و معمول شد که این دو گروه در میانگین کلیه زیرمقیاس‌ها تفاوت معناداری از هم دارند. یافته‌های حاصل از این تحلیل در جدول ۲ آمده است. جدول ۲ همچنین نشان داد ترس از صدمات جسمانی و وسواس اجباری در مرحله پس‌آزمون، به ترتیب بیشترین و کمترین اندازه اثر را به خود اختصاص داده است.

در ادامه جهت بررسی تفاوت‌های احتمالی بین گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیگیری، در شرایط حذف اثر اختلاف‌های اولیه در مرحله پیش‌آزمون، تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی داده‌های مرحله پیگیری نیز انجام شد. بررسی برقراری مفروضه‌های تحلیل نیز

زمان هر جلسه مداخله ۸۰ الی ۱۰۰ دقیقه بود. در انتهای جلسه نهم پرسشنامه‌های مرحله پس از درمان تکمیل گردید. پس از شش هفته خانواده‌ها مجدداً برای جلسه پیگیری (جلسه دهم) مراجعه کرده و در انتهای این جلسه نیز خانواده‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در تحلیل داده‌های پژوهش احتمال خطای نوع اول ($\alpha = 0/01$) انتخاب و از روش‌های آمار توصیفی شامل شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و روش‌های آمار استنباطی، شامل تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها استفاده شد.

نتایج

جدول ۱ که حاوی یافته‌های توصیفی گروه نمونه است نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تقریباً معادل بوده و تفاوت‌های اندکی از هم نشان می‌دهند. این در حالی است که این دو گروه در مرحله پس‌آزمون در کلیه زیرمقیاس‌های ابزار پژوهش از هم تفاوت قابل ملاحظه‌ای دارند. همین امر برای مرحله پیگیری نیز صادق است.

جهت بررسی تفاوت زیرمقیاس‌های ابزار پژوهش بین دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در شرایط حذف اثر اختلاف‌های اولیه دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (Multi-variate Analysis of Covariance (MANCOVA)) استفاده شد. لازم به ذکر است قبل از انجام این تحلیل،

جدول ۱. خلاصه یافته‌های توصیفی گروه‌های نمونه آزمایش و کنترل در زیرمقیاس‌های اضطراب کودکان اسپنس

مداخله	گروه	آسیمگی		ترس از صدمات جسمانی		هراس اجتماعی		وسواس اجباری		اضطراب تعمیم یافته	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
قبل از درمان	آزمایشی	۳/۵۶	۷/۴۰	۲/۸۹	۸/۴۵	۳/۳۹	۷	۳/۳۹	۷/۱۵	۸/۰۵	۲/۹۸
	کنترل	۳/۸۳	۸/۶۷	۲/۵۸	۸/۴۴	۳/۶۷	۸/۷۸	۳/۶۷	۷/۲۲	۸/۵۰	۲/۸۵
بعد از درمان	آزمایشی	۲/۴۱	۳/۲۰	۲/۴۵	۴/۴۰	۱/۷۵	۳/۳۵	۲/۹۸	۹/۲۸	۱/۷۹	۱/۹۰
	کنترل	۴/۶۴	۱۰/۳۹	۲/۶۵	۹/۲۲	۲/۹۸	۹/۸۳	۳/۶۶	۹/۲۸	۳/۲۲	۳/۰۲
پیگیری	آزمایشی	۲/۳۹	۳/۲۰	۱/۵۵	۴/۱۰	۲/۰۶	۳/۲۰	۲/۰۶	۳/۱۰	۱/۹۷۱	۳/۳۰
	کنترل	۴/۱۳	۹/۳۹	۱/۸۷	۸/۲۲	۲/۷۷	۹/۵۰	۲/۷۷	۷/۶۷	۳/۱۶	۲/۹۵

جدول ۲. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها میانگین‌های زیرمقیاس‌های اضطراب کودکان اسپنس بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون

متغیر	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
آسیمگی	۴۱۹/۳۵	۱	۴۱۹/۳۵	۴۰/۴۷	۰/۰۰۰۵	۰/۵۷
ترس از صدمات جسمانی	۲۴۲/۵۵	۱	۲۴۲/۵۵	۶۲/۸۷	۰/۰۰۰۵	۰/۶۷
هراس اجتماعی	۲۶۱/۲۶	۱	۲۶۱/۲۶	۷۶/۳۲	۰/۰۰۰۵	۰/۷۱
وسواس اجباری	۱۱۳/۴۷	۱	۱۱۳/۴۷	۱۸/۷۰	۰/۰۰۰۵	۰/۳۸
اضطراب تعمیم یافته	۳۱۲/۶۱	۱	۳۱۲/۶۱	۵۳/۴۵	۰/۰۰۰۵	۰/۶۳

جدول ۳. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها میانگین‌های زیرمقیاس‌های اضطراب کودکان اسپنس بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری

متغیر	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
آسیمگی	۲۸۴/۵۳	۱	۲۸۴/۵۳	۳۳/۴۵	۰/۰۰۰۵	۰/۵۱
ترس از صدمات جسمانی	۱۸۰/۲۸	۱	۱۸۰/۲۸	۹۲/۷۱	۰/۰۰۰۵	۰/۷۵
هراس اجتماعی	۲۷۲/۲۹	۱	۲۷۲/۲۹	۵۸/۷۵	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶
وسواس اجباری	۱۶۹/۶۸	۱	۱۶۹/۶۸	۳۳/۵۶	۰/۰۰۰۵	۰/۵۲
اضطراب تعمیم یافته	۳۰۶/۱۴	۱	۳۰۶/۱۴	۵۳/۷۴	۰/۰۰۰۵	۰/۶۳

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل آماری نتایج نشان داد که اثر بخشی خانواده درمانی ساختاری در بهبود اختلالات آسیمگی، هراس اجتماعی و ترس از صدمات جسمانی، اضطراب تعمیم یافته و اختلال وسواس-اجبار گروه آزمایشی در سطح $(p < ۰/۰۰۰۵)$ معنا دار است.

در تفسیر نتیجه به دست آمده می‌توان از یافته‌های مینوچین در مورد سایر اختلالات کودکی استفاده نمود. یکی از موارد اثبات‌کننده تأثیرات خانواده درمانی ساختاری مینوچین، در کودکان مبتلا به اختلال روان تنی شدید می‌باشد. مینوچین و بیکر در ۱۹۷۸ پژوهشی را روی کودکان دیابتی با والدین دارای تعارضات شدید زناشویی انجام دادند. در این پژوهش تسریع واکنش‌های بحرانی (اکسیداسیون احیا) در اختلال روان تنی دیابت کودکان تحت تأثیر تعارضات خانواده نشان داده شد. بدین ترتیب که سطح اسیدی خون کودکان دیابتی موقع تشدید تعارضات والدین به شدت بالا می‌رفت [۳۹].

نشان از برقراری آنها داشت $(p > ۰/۲۷, F=۱/۱۹, M=۲۱)$ باکس). انجام تحلیل نشان داد براساس شاخص معناداری هتلینگ آزمون تحلیل واریانس چند متغیری، بین نیمرخ مرحله پیگیری دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد $(p < ۰/۰۰۰۵, df=(۵ و ۲۷), F=۲/۸۹, T=۴/۰۴)$ مجذور T و اندازه اثر ایجاد شده بین دو گروه $۰/۸۱$ است. پس این مرحله برای مشخص کردن این که در دو گروه بین کدام یک از زیرمقیاس‌ها تفاوت معناداری وجود دارد، آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۳).

جدول ۳ حاکی از آن است که در شرایط حذف اثر اختلاف‌های موجود در مرحله پیش‌آزمون، دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری در میانگین کلیه زیرمقیاس‌ها تفاوت معناداری از هم دارند. همچنین جدول ۳ نشان می‌دهد که اندازه اثر زیرمقیاس ترس از صدمات جسمانی و آسیمگی در مرحله پیگیری به ترتیب دارای بیشترین و کمترین اندازه اثر هستند.

دلبستگی نا ایمن کودک با مادر، غیبت والدین به علت مرگ یا طلاق، سبک تربیتی والدین، عوامل ژنتیک، عوامل سرشتی و... هر کدام در ایجاد اختلال مؤثر باشند.

در این پژوهش بر اثرگذاری خانواده درمانی ساختاری در درمان اختلالات اضطرابی (آسیمگی، وسواس اجبار، هراس اجتماعی، ترس از صدمات جسمانی و اضطراب تعمیم یافته) و پیش فرض وجود تعارض در خانواده‌ها تأیید شد. این بدین معنی نیست که متغیر مداخله تنها عامل نتایج حاصله است چرا که شخصیت، منش و رفتار خود درمانگر جزو عوامل اثرگذار در روند درمان می‌باشد. این موضوع توسط نتایج مختلفی که در پژوهش‌های کنترل شده یکسان به دلیل متفاوت بودن درمانگر به دست آمده، نشان داده شده است [۴۰].

یکی از مواردی که در درمان خانواده درمانی ساختاری صورت می‌گیرد مشخص کردن موقعیت‌های پرخطر (High Risk situation) برای بازگشت (Relaps) اختلال می‌باشد بنابراین در طی درمان با خانواده علاوه بر درمان موارد ذکر شده، به زمینه‌هایی که ممکن است سبب بازگشت و عود مجدد بیماری شود پرداخته شده و بنابراین قدم به قدم آن عوامل و زمینه‌ها را شناسایی و به خانواده راه‌های پیشگیری (Prevention) از عود مجدد اختلال یا ایجاد اختلالات مشابه دیگر هم کار می‌شود.

پژوهش حاضر در تأیید و اثر بخشی این روش درمانی ارزیابی‌ها در اکثر موارد حاکی از تداوم بهبودی و حتی بهبودی بیشتر وضعیت کودک و خانواده در جلسه پیگیری بود.

نتایج این پژوهش مؤید پژوهش‌های مینوچین و همکاران در درمان کودکان مبتلا به اختلال رفتار کودکان می‌باشد.

همان‌طور که در مقدمه ذکر آن رفت نشانگان مرضی (در این پژوهش اختلالات اضطرابی کودکان) حافظ سیستم خانواده بوده و علائم اختلال به‌عنوان علائم اختلال سیستم تعبیر می‌شود. بنابراین برای درمان کودک

نتایج پژوهش فوق و موارد مشابه نشان می‌دهد زمانی که شرایط بیوشیمیایی کودک تحت تأثیر تعارضات والدین تغییر می‌کند، قطعاً عدم احساس آرامش، امنیت و نگرانی کودک در شرایط وجود تعارض در خانواده و والدین به نحو بارزتری می‌تواند رخ دهد. این مطلب نشان می‌دهد که رفع تعارضات خانواده می‌تواند شرایط را در جهت عکس رقم زده و احساس آرامش، امنیت و عدم نگرانی و... را به همه اعضای خانواده و علی‌الخصوص به کودک هدیه نماید. در رابطه با نتیجه به دست آمده در فرضیات پژوهش می‌توان چنین گفت که تغییر مرزهای خانواده و باز تعریف زیر منظومه‌های آن در نهایت منجر به کاهش تعارضات خانواده می‌شود. پیامی که اعضای خانواده، و بیش از همه کودک، دریافت می‌کند قرار گرفتن در محیطی است که ویژگی‌های سالمی از نظر روان‌شناختی دارد و به او امکان رشد و بروز خلاقیت‌ها و... را می‌دهد. کودک در چنین ساختاری بیش از اندازه و به صورت غیرلازم درگیر تعارضات والدین نشده و نگرانی از روابط والدین و عدم تداوم زندگی خانوادگی با انواع ترس‌ها، نگرانی‌ها و حالات وسواسی جای خود را به احساس امنیت و وابستگی ایمن می‌دهد.

نتایج این پژوهش یافته‌های پژوهش‌های پوکینیک و همکاران در ۱۹۹۰ در مورد تأثیر خانواده درمانی ساختاری در مورد مشکلات رفتاری کودکان و مارچ و همکاران [۱۴] در مورد تأثیر خانواده درمانی در درمان کودکان مبتلا به اختلال وسواس - اجبار را حمایت می‌کند.

با عنایت به اینکه ممکن است چندین عامل در ایجاد اختلالات مؤثر باشد و امروزه در سبب‌شناسی اختلالات روانی عاطفی و... به عوامل متعدد ایجاد هر اختلالی توجه می‌شود، بنابراین بیان علت و درمان اختلالات اضطرابی از دیدگاه خانواده درمانی ساختاری مینوچین بدین معنی نیست که در تمام موارد علت ایجاد اختلالات مذکور وجود تعارضات والدین و ساختار مختل خانواده می‌باشد. بلکه ممکن است عوامل دیگری همچون

منابع

1. Sadock B.J. & Sadock V.A., Caplan M.D, (2003), Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry, 9th editions, John Wiley and Sons, New York.
۲. جان کارلسون، لن اسپری وجودیث لويس(۱۳۷۸)، خانواده درمانی تضمین کارآمد، ترجمه شکوه نوابی نژاد، انجمن اولیاء و مربیان.
3. Gladding Samuel, (1994), Family Therapy, Theory and Practice, Englewood Cliffs Prentice hall.
4. Alan Carr (2001), Family Therapy, Concept, Process and Practice, University Dublin, John Wiley & Sons Ltd. New York.
5. Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2004), Family Therapy an Overview, 5th Edition, John Wiley.
6. Dunn , R. & Schwebel , A. (1995), Meta- analytic review of marital therapy out come research. Journal of Family Psychology, Vol. 9, pp 68-98.
7. Dekovic, M., Wissink, I.B., & Meijer, A.M. (2004). The role of family and peer relations in adolescent antisocial behavior. Journal of Adolescence, 27, 497-514.
8. David, C., Steele, R., Forehand, R., & Armisted, L. (2006). The role of family conflict and marital conflict on adolescent functioning. Journal of Family Violence, 11, 81-91.
9. Begels, S., Phares, V. (2007). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. Clinical Psychology Review.
۱۰. جیمز، پروچسکا، جان سی نورکراس(۱۳۸۱)، نظریه‌های روان‌درمانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، انتشارات رشد.
11. Florence, Kaslow, Robert F., Sharon, Davis Masser, (2002) , Comprehensive Catherine Ford.
۱۲. عباسی، زینب (۱۳۸۷)، بررسی اثر دیدگاه خانواده درمانی ساختی در درمان اختلال نافرمان مقابله جو کودکان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد؛ دانشگاه امام حسین.
13. Barrett, P.M., Rapee, R.M., Dadds, M.M. & Ryan, S.M. (1996). Family Enhancement of Cognitive Style in Anxious and Aggressive Children: Threat Bias and the Fear Effect. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 24, pp187-203.
14. March J., Mulle K., (1998), Behavioral Psychotherapy for Children and Adolescents with OCD: An Open Trail of a new Protocol-driven Treatment, Journal of the American of Child and Adolescent psychiatry, Vol. 33(3), pp333-341.
15. Donna B. Pincus, Sheila M. Eyberg, Molly L. Choate, (2005), Adapting Parent Child Interaction Therapy for Young Children with Separation Anxiety Disorder, Education and Treatment of Children Vol. 28, No2, pp.282-297.

به‌طور غیرمستقیم با بازسازی و تغییر ساختار خانواده، نشانگان مرضی کودک نیز رفع می‌شود.

مکانیزم اثر خانواده درمانی از طریق به‌کارگیری فنون خانواده درمانی ساختاری در خانواده (ایجاد مرزها، تصریح مرزها، باز تعریف نقش‌ها، تغییر قواعد، چارچوب‌دهی مجدد نشانه مرضی، نامتعادل‌سازی، فعال‌سازی بهم زدن ائتلاف‌ها، مثلث‌زدایی و تقویت اتحاد بین والدین و پیشگیری از سرایت تعارضات زیرمنظومه والدینی ...) سبب بازسازی ساختار خانواده می‌شود. بنابراین زمانی که زیر منظومه‌های خانواده وظائف مربوط به زیر منظومه خود را به‌طور کامل انجام داد. و در نتیجه عملکرد مثبت زیر منظومه‌ها، نیز ابراز توجه کافی به فرزندان و ایجاد فضای رشد عاطفی مناسب در کاهش نشانگان و درمان انواع اختلالات اضطرابی کودکان میسر خواهد شد.

با توجه به اینکه ویژگی‌های مشترک اختلالات ذکر شده، ترس از جمع، ضعف اعتماد به نفس، خود پنداره منفی، ضعف ابراز وجود، نگرانی از پذیرش دیگران، نگرانی از سلامت جسمانی خود و دیگران ... می‌باشد. ایجاد محیط خانوادگی آرام و بدور از هرگونه تنش، تعارض و تضاد و همچنین توجه به رفع نیازهای عاطفی و رشد هیجانات سبب بهبود اختلالات اضطرابی خواهد شد.

کاربردهای یافته‌های این پژوهش در سه زمینه کلی شایان ذکر است:

الف) استفاده از یافته‌های پژوهش حاضر در حل مشکلات میان خانواده‌ها؛

ب) استفاده از یافته‌های پژوهش در درمان اختلالات اضطرابی کودکان؛

پ) انجام پژوهش‌ها در سایر حوزه‌ها و اختلالات کودکان؛

ت) تأثیر یافته‌های این پژوهش در ارتقاء دانش و تقویت ساختارهای نظری خانواده درمانی.

30. Catherine Ford Sori, (2006) Engagng Children InFamily Therapy. Routledge , New york, londen
۳۱. دونا دونالدی، هارتمن (۱۳۸۱)، تحلیل رفتار و رفتار درمانی کودک و نوجوان، ترجمه حمیدرضا آقامحمدیان، انتشارات آستان قدس رضوی.
۳۲. موسوی، سید ابراهیم (۱۳۷۶)، بررسی اثربخشی دیدگاه خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلالات رفتاری کودکان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.
۳۳. موسوی، رقیه؛ مرادی، علیرضا؛ مهدوی هرسینی، سید اسماعیل (۱۳۸۵) بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در بهبود اختلال اضطراب جدایی، مجله پژوهشی دانشگاه الزهراء، شماره ۴ و ۳ پاییز و زمستان ۸۵، ص ۱-۱۲.
۳۴. موسوی، رقیه؛ مرادی، علیرضا؛ (۱۳۸۶) اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در بهبود عملکرد خانواده و تقویت رضایت زناشویی در خانواده‌های دارای کودکان مضطرب، مجله خانواده پژوهی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی. سال اول شماره ۴ زمستان ۸۴، ص ۳۳۵-۳۲۱.
35. Muris P., Meger B., (2001) The Revised Version of the Separation for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Treatment Sensitivity in an Early Intervention Trail for Childhood Anxiety Disorders, Journal of Clinical Psychology, No.40, 323-336.
36. March. J.S, Parker, Sullivan, stalling, (1997), The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor Structure, Reliability, and Validity, Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry 36, 554-565.
37. Mousavi R., Moradi A., Farzad V., Mahdavi E., Spence S. (2006), The Psychometric Characteristics of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), presented in Applied psychology Congress , Atenne-Greece.
38. Nichols M.P. & Schwartz R.C, (2004), Family Therapy. Concepts and Methods, John Wiley.
39. Szapocznik J., Kurtines W., Santisteban D.A. & Rio A.t., (1990), Interplay of Advances between Teary, Research and Application in Treatment Intervention Aimed at Behavior Problem Children and Adolescents, Journal of counseling and clinical psychology. Vol.58, No.6, 696-703.
40. Hackney H.L. Sherian Cormier, (2001) The Professional Counselor A Process Guide to Helping, West Virginia University, Copyright by Allyn and Bacom.
16. American psychiatric association, (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Textured Edition, Washington, D.C.
17. American of child & Adolescent psychiatry, (2003) Children Who won't Go to School. American Academy of Child and Adolecense psychiatry (AACAP), Whashancten DC, USA.
18. Spence S.H., (1998), A Measure of Anxiety Symptoms Among Children, Behavioral Research, Vol. 36(5), pp545-566.
19. Spence S.H., Mike H. Nauta, Watzer A., Rapee R.M., (2003), Apparent Report Maser of Children's Anxiety: Psychometric Properties and Comparison with Child Report in a Clinic and Normal Sample, Behavior Research and Therapy. Sent directly by Spence to researcher.
20. Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. Clinical Psychology Review, 26, 817-833.
21. Spence S.H., Paula M. Barrett, Cynthia M. Turner (2003), Psychometric Properties of the Spence Children's Anxiety Scale with Young Adolescents, Journal of Anxiety Disorder, No 17, 605-625.
22. Strauss C.C, (1990), Anxiety Disorder of Childhood and Adolescence, School Psychology Review, 1991, Vol. 19, pp.142-157.
23. Muris P., Bach H.M., Ollendic T., King N. & Bogie N., (2002) Three Traditional and Three new Childhood Anxiety Questioners: Their Reliability and Validity in a Normal Adolescent Sample, Behavior Research and Therapy, Vol. 40, 753- 772.
24. Bernstein, G.A., Layne, A.E., Egan, E.A., & Nelson, L.P. (2005). Aternal phobic anxiety and child anxiety. Anxiety Disorder, 19, 658-672.
25. Foley, D.L., Rowe, R., Maes, H., Silberg, J., Eaves, L., & Pickles, A. (2008). The relationship between separation anxiety and impairment. Journal of Anxiety Disorder, Vol.22. No.4. pp.635-644.
26. Ville Rock MD, (1999) A Report of the Surgeon, General Department of Health and Human Services.
۲۷. ژوزف، میکوچی (۱۳۸۴) نوجوان در خانواده درمانی، ترجمه فریده همتی، انتشارات رشد.
28. Doerfler, L.A., Toscano, P.F., Connor, D.F. (2008). Separation anxiety and panic disorder in clinically referred youth. Anxiety Disorders, Vol.22, No.4, pp.602-611.
29. Gus Manfro G. Isolan. L. Blaya, C., Maltz, S. Heldt, E., & Pollak, M.H. (2003), Relationship between adult Social Phobia and Childhood Anxiety. Revista Basillera de Psiquiatria, 25, 96-99.