

The Effectiveness of Structural Family Therapy On Treating Children's Separation Anxiety Disorder

بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در بهبود اختلال اضطراب جدایی

R. Mousavi, Ph.D.
Shahed University

mousavi@shahed.ac.ir

Alireza Moradi, Ph.D.
Tarbiyat-e Moallem University

moradi@tmu.ac.ir

S. ES. Mahdavi Hersini, Ph.D.
MIT

دکتر سید اسماعیل مهدوی هرسینی
دانشگاه ماساچوست

دکتر رقیه موسوی
دانشگاه شاهد

دکتر علیرضا مرادی
دانشیار دانشگاه تربیت معلم

Abstract

The present research aims to investigate the efficacy of "Structural Family Therapy" on treating children's separation Anxiety through altering the family structure, reducing parents, conflicts and promoting family functioning.

Adopting a quasi-experimental method, the researcher performed a pretest-posttest-intervention and repeated measures procedure. Forty families having at least one child with Separation Anxiety disorder were randomly assigned to four equal groups: Two experimental groups (parents of one group had low literacy level and the parents of the other group had high literacy level) and two control groups (parents with low and high literacy levels.)

The two experimental groups under went same treatment for nine sessions. Additionally, they participated in a follow-up session six weeks after the last intervention session. Then a multi-modal assessment of anxiety was performed including Spence's Children's Anxiety Scale" and a diagnostic interview based on DSMIV-TR criteria (2000). The control groups were left untreated.

The results of factor analysis and repeated measures of Tukey post-hoc indicated the significant effectiveness of Structural Family Therapy on ameliorating children's separation Anxiety (at $p < 0.001$), while no significant difference was reported on the efficacy of the intervention program for literate and non-literate families.

Key words: Separation Anxiety Disorder; Structural Family Therapy.

چکیده:

هدف پژوهش حاضر، مطالعه‌ی اثر بخشی رویکرد خانواده درمانی ساختاری در بهبود اختلال اضطراب جدایی کودکان از طریق ایجاد تغییر در ساختار خانواده، کاهش تعارضات در روابط والدین و ارتقاء عملکرد خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی می‌باشد.

روش پژوهش، شبه تجربی بوده و با اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون و ارائه‌ی مداخله و اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت. ۴۰ خانواده‌ی حداقل دارای یک فرزند، دارای اختلال اضطراب جدایی که به طور تصادفی در چهار گروه مساوی شامل دو گروه آزمایشی (خانواده‌های کم سواد و خانواده‌های باسواد) و دو گروه کنترل (خانواده‌های کم سواد و خانواده‌های باسواد) جایگزین شده و در این مطالعه شرکت کردند. اعضای خانواده‌های دو 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 جلسه‌ی درمان در یک جلسه پیگیری نیز شرکت کردند. ابزار پژوهش مصاحبه‌ی تشخیصی بر اساس معیارهای DSMIV-TR (۲۰۰۰) و مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (موسوی و دیگران، ۲۰۰۶) بود. در طول مدت مطالعه، گروه کنترل، هیچ گونه درمانی دریافت نکرد.

نتایج حاصل از تحلیل عاملی و تکرار سنجش با استفاده از روش تعقیبی توکی نشان داد که اثر بخشی خانواده درمانی ساختاری در بهبود اختلال اضطراب جدایی و اضطراب کلی کودکان در سطح ($p < 0.001$) معنا دار بود و این در حالی بود که علی‌رغم پیش‌بینی در میزان اثربخشی برنامه مداخله‌ای در میان خانواده‌های با سواد و کم سواد تفاوتی مشاهده نشد.

مقدمه

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانی و عاطفی میان کودکان و نوجوانان است. مطالعات شیوع‌شناسی نشان می‌دهد که حدود ۸٪ تا ۱۲٪ کودکان و ۵٪ تا ۱۰٪ نوجوانان با یکی از معیارهای تشخیصی اختلال اضطرابی که موجب اختلال در عملکرد و روند طبیعی زندگی کودک می‌شود، مواجه هستند (اسپنس^۱، ۱۹۹۸؛ اسپنس و دیگران، ۲۰۰۳). باتوجه به تفاوت در ابزار تشخیصی، نمونه‌های مورد مطالعه و تنوع اختلالات، میزان شیوع، متفاوت گزارش شده است. اختلالات اضطرابی ممکن است در یکی از اشکال اختلال اضطراب جدایی^۲، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال آسیمگی با بازار هراسی یا بدون بازار هراسی، اختلال وسواس - اجبار و هراس‌های اختصاصی ظاهر شود (اسپنس، ۱۹۹۸). اختلالات اضطراب کودک و نوجوانی با پی آمدهای منفی قابل ملاحظه در سازگاری شخصی، تحصیلی و اجتماعی همراه است (استراوس^۳، ۱۹۹۰؛ اسپنس و دیگران، ۲۰۰۳). علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهد اختلال اضطراب کودکی پدیده‌ای گذرا نبوده و در صورت عدم درمان تا سنین نوجوانی و بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند و از این رو مشکلات بسیاری فرا روی فرد قرار می‌گیرد (موریس و دیگران، ۲۰۰۱). بنابراین ضروری است که ضمن شناسایی این قبیل کودکان، زمینه‌ی درمان مناسب و مؤثر نیز فراهم شود (اسپنس، ۱۹۹۸).

دونا^۴ و دیگران (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان دادند که کودکان دارای اختلال اضطرابی احتمالاً ۸ سال پس از شروع اختلال، ملاک تشخیصی را دریافت می‌کنند. بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که اختلالات اضطرابی دوران کودکی ممکن است مزمن شده و ماندگار شوند.

با توجه به این که مشکلاتی همچون نشانگان اختلالات اضطرابی از طرف والدین به عنوان بخش ساده‌ای از مراحل رشد کودک تلقی می‌شود، معمولاً در توجه به این نشانگان غفلت می‌شود. نتایج پژوهشی در نیوزلند بر روی یک هزار نوجوان ۱۵ ساله و مادران آنها نشان داد که اختلالات اضطرابی فراوان‌ترین اختلال میان سایر اختلالات است (راپی^۵ و همکاران، ۲۰۰۰). شیوع اختلال در دختران و پسران مساوی گزارش شده است. این اختلال ممکن است در سال‌های پیش از مدرسه شروع شود ولی اغلب سن شروع آن ۷ تا ۸ سالگی است. میزان اضطراب تعمیم یافته در کودکان سنین مدرسه تقریباً ۳٪ تخمین زده می‌شود. در میان نوجوانان، شیوع اختلال آسیمگی در طول عمر ۶٪ و شیوع اختلال اضطراب تعمیم یافته

1- Spence

2- Separation Anxiety Disorder

3- Strauss

4- Donna

5- Rapee

۳/۷٪ است (سادوک^۱ و دیگران، ۲۰۰۳). پژوهش رایبی (۱۹۹۸) نشان داد که اختلال اضطراب جدایی و هراس اجتماعی در میان کودکان و هراس اجتماعی و اختلال اضطراب تعمیم یافته در سطح نوجوانان از شیوع بیشتری برخوردار است.

پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی ممکن است تشخیص‌های روان‌پزشکی دیگری را نیز همچون اختلال آسیمیگی و افسردگی بگیرند. مطالعات نشان داده است که تقریباً نیمی از کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی به اختلالات اضطرابی دیگر همچون هراس اختصاصی و اضطراب تعمیم یافته مبتلا هستند (مون^۲، ۲۰۰۲).

ایگر^۳ و دیگران (۲۰۰۳)، کودکان ۱۶ - ۹ ساله و والدین آنها را مورد ارزیابی قرار دادند. داده‌ها از ۸ مصاحبه‌ی روان‌پزشکی با ساختار به دست آمد و نتایج نشان داد که اضطراب امتناع از رفتن به مدرسه با افسردگی و اختلال اضطراب جدایی در ارتباط است.

آشنبراند^۴ و دیگران (۲۰۰۳) در تحقیقی ۸۵ بیمار را، که ۷ الی ۴۲ سال قبل دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته یا جمع هراسی بودند، مورد ارزیابی قرار دادند. آزمودنی‌هایی که در دوران کودکی اختلال اضطراب جدایی داشتند، نسبت به آنهایی که دارای تشخیص‌های دیگری بودند، خطر ابتلاء بیشتری در اختلال آسیمیگی و بازار هراسی در اوایل بزرگسالی، نشان دادند. به این ترتیب نتایج تحقیق، این فرضیه را که اختلال اضطراب جدایی دوران کودکی، عامل مشخصی برای پیش بینی اختلال هول و بازار هراسی در بزرگسالی است را تأیید می‌کند.

پژوهشی توسط کاواساگار^۵ و دیگران (۲۰۰۰) به منظور بررسی تداوم اختلال اضطراب جدایی در بزرگسالی، بر روی ۷۰ بیمار بزرگسال دارای اختلالات پانیک و اضطراب تعمیم یافته، انجام شد. نتایج نشان داد نشانگان اضطراب جدایی جوانی معادل ۳۳٪ از واریانس نمرات اضطراب جدایی در بزرگسالی را پیش بینی می‌کند.

برای تبیین علت شکل‌گیری اختلال اضطراب جدایی، نظریه‌های موجود بر درک رابطه‌ی متقابل میان عوامل والدینی و کودک در بافت عوامل فشارزای محیطی تأکید دارند (کورپیتا^۶ و دیگران ۱۹۹۸، کورپیتا و دیگران ۱۹۹۸؛ ماناسیس^۷ و دیگران ۱۹۹۴؛ رایبی ۱۹۹۸). در مدل رشدی ماناسیس و دیگران (۱۹۹۴) رفتار والدینی اهمیت خاصی در سبب شناسی و درمان

1- Sadock

2- Moon

3- Egger

4- Aschenbrand

5- Cavasagar

6- Chorpita

7- Manassis

اضطراب کودک دارد. مطالعات انجام شده در زمینه‌ی اثرات والدینی و خانوادگی در ایجاد اختلالات اضطرابی بر مواردی همچون کنترل زیاد^۱، حمایت فوق‌العاده^۲، مدل‌سازی^۳ یا تقویت رفتار اضطرابی یا اجتنابی، باورها و انتظارات منفی^۴ در مورد کودک، کمبود عواطف مثبت و گرم و عدم پذیرش، طرد و انتقادگری، تعارض^۵، محیط خانواده^۶، سبک والدینی^۷ تأکید می‌کند.

استارک^۸ و دیگران (۱۹۹۰) در بررسی خانواده‌های با سه مشخصه‌ی افسرده، افسرده و مضطرب و غیربیمار (هیچ کودک بیمار نداشته باشند) نشان دادند که در خانواده‌های با کودکان مضطرب گروه آزمایش تعارض بیشتری نسبت به خانواده‌های گروه کنترل وجود دارد.

تحقیقات دهه‌های اخیر، اثر بخشی خانواده درمانی را در مشکلات متعدد کودکان و نوجوانان نظیر اختلالات عاطفی در کودکی و نوجوانی، اختلالات روان‌تنی، اختلالات رفتار، سوء استفاده جسمانی از کودک و ... نشان داده است (کاسلو^۹ و دیگران، ۲۰۰۲).

بر طبق نظریه‌ی سیستم‌ها، هر عضو خانواده به منزله‌ی واحدی از خانواده در جهت حفظ تعادل با دیگران ارتباط برقرار می‌کند. خانواده درمانی به چگونگی آشکار ساختن الگوهای پنهان در خانواده، حفظ تعادل و شناخت اهداف الگوها کمک می‌کند. خانواده‌ی درمانگران بر این باورند که نه تنها آن عضو خانواده که بر چسب بیمار به او زده شده و مشکلات خانواده به او نسبت داده می‌شود، در فرایند درمان نیازمند درمان است بلکه اعضای دیگر خانواده نیز در امر درمان باید مد نظر قرار گیرند (سادوک و دیگران، ۲۰۰۳).

با توجه به نتایج مطالعات و پژوهش‌های متعدد که به تعدادی از آنها در بالا اشاره شد، یکی از عوامل ایجاد و یا رفع و درمان اختلال اضطراب جدایی خانواده بوده و می‌توان از طریق پرداختن به آن و بهبود شرایط خانواده نسبت به درمان این اختلال اقدام کرد.

پژوهشگر از میان رویکردهای مختلف خانواده درمانی روش خانواده درمانی ساختاری را به دلایل زیر که در ادبیات علمی وجود دارد انتخاب کرده و برای درمان و تحقیق در این زمینه پرداخته است.

۱- مطالعات خانوادگی اضطراب

۲- مدل‌های سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی در کودکان

- 1- Over Control
- 2- Over Protection
- 3- Modeling
- 4- Negative Expectational Believes
- 5- Conflict
- 6- Family Environment
- 7- Parental Style
- 8- Stark
- 9- Kaslow

۳- پژوهش در رفتارهای والدینی و جنبه‌های محیطی خانواده در ارتباط با اضطراب کودک
۴- بررسی کارایی این رویکرد خانواده درمانی

برای توضیح بیشتر ارتباط اختلال اضطراب جدایی و رویکرد خانواده درمانی ساختاری لازم می‌نماید که در رابطه با تاریخچه‌ی خانواده درمانی و بخصوص رویکرد خانواده درمانی ساختاری، مختصری بحث شود تا علل پرداختن پژوهشگر به موضوع روشن گردد.

مبادی رسمی خانواده درمانی به سال‌های ۱۹۴۰ تا ۱۹۶۰ بازمی‌گردد. ظهور این رویکرد در قالب مدل‌های درمانی در فاصله‌ی سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۹۰ مطرح گردید. هم‌اکنون خانواده درمانی برای درمان طیف وسیعی از مشکلات زیستی، روانی و اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. با عنایت به گستره‌ی وسیع کاربرد خانواده درمانی دیدگاه‌های متنوعی برای خانواده درمانی ارائه شده است (گلادینگ^۱، ۱۹۹۴). محور اصلی نگرش پیشگامان نهضت خانواده درمانی توجه به مشکلات انسان به عنوان مسائل بین فردی است. در حالی که امروزه روابط خانوادگی، محور اساسی در درمان مشکلات و اختلالات روانی اعضای خانواده، به ویژه کودکان محسوب می‌شود. همچنین در خانواده درمانی خانواده به عنوان سیستمی با مرزهای نسبتاً نفوذپذیر^۲، شامل زیر منظومه‌های تشکیل دهنده‌ی آن با توجه به توانایی استفاده از بازخوردهای مثبت و منفی برای تقویت ثبات و تغییر خانواده شناخته می‌شود (گلدنبرگ^۳ و دیگران، ۲۰۰۴).

نظریه‌های مختلف خانواده درمانی با توجه به میزان اهمیت نقش ارتباطات در ایجاد، ابقا و حل مشکل به سه گروه عمده تقسیم می‌شوند:

۱- گروه اول بر الگوهای تعاملی ابقای مشکل و شیوه‌های چالش با چرخه‌ی تکرار شونده تعامل تأکید دارند.

۲- گروه دوم به سیستم باور اعضای خانواده، نمایش نامه و قصه‌های خانواده که از الگوی تعاملی ابقای مشکل حمایت می‌کنند، تمرکز دارند.

۳- گروه سوم بر مسئله‌ی درمان در درون بافت اجتماعی و تاریخی خانواده در درمان بدون در نظر گرفتن سیستم باور مرتبط با مشکل تأکید می‌کنند.

سالوادور مینوچین^۴ از نظریه پردازان گروه سوم است که در زمینه‌ی خانواده درمانی گام‌های مؤثری برداشته و خانواده درمانی ساختاری عمدتاً بر پایه‌ی تجربیات وی و همکارانش شکل گرفته است.

1- Gladding

2- Semi Permeable

3- Goldenberg

4- Minuchin

ایده‌ی اصلی خانواده‌درمانی ساختاری این است که نشانه‌ی مرضی فرد هنگامی که در بافت الگوهای تعاملی خانواده ارزیابی شود، بهتر قابل شناخت است. از نظر خانواده‌درمانی ساختاری قبل از درمان و برطرف کردن نشانه‌های مرضی، لازم است در سازمان یا ساختار خانواده تغییراتی صورت گیرد. ساختار خانواده مجموعه‌ی نامرئی از نقش‌های ویژه‌ای است 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 (گلدنبرگ و دیگران، ۲۰۰۴).

پژوهش‌های مربوط به بررسی نقش خانواده در ابتلا به انواع اختلالات عاطفی رفتاری کودکان نشان می‌دهد که ریشه‌ی بسیاری از اختلالات را باید در تعاملات موجود در نظام خانواده و همچنین تعارضات زناشویی جستجو نمود (دان^۱ و دیگران، ۱۹۹۵). بنابراین به نظر می‌رسد به کارگیری و توسعه‌ی روش‌های درمانی مبتنی بر خانواده‌درمانی 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 امکان بازگشت مجدد بیماری به علت تغییر شرایط نامطلوب به شرایط مطلوب خانواده از بین می‌رود (پروچسکا سیدمحمدی، ۱۳۸۱/۱۹۹۹).

با بررسی یافته‌های مطالعات انجام شده در مورد اثرات درمان‌های خانوادگی در بهبود اختلالات مختلف به نظر می‌رسد که با اعمال درمان‌های خانوادگی می‌توان شرایط لازم برای بهبودی کودکان دارای اختلال اضطرابی جدایی را از طریق ایجاد تغییر در ساختار روابط والدینی و اعضای خانواده فراهم کرد. در همین رابطه، روش خانواده‌درمانی ساختاری به عنوان الگوی مداخله‌ای با مد نظر قرار دادن مواردی مانند مطالعات خانوادگی مربوط به اضطراب، الگوی خانوادگی سبب شناسی اختلالات اضطرابی کودکان و اثرگذاری درمان‌های خانوادگی در بهبود اختلالات مشابه انتخاب شد.

هدف پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه‌ی کارایی رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلال اضطراب جدایی و سایر اختلالات اضطرابی کودکان است. به عبارت دیگر بررسی و مقایسه‌ی اثربخشی دیدگاه خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلال اضطراب جدایی و سایر اختلالات اضطرابی کودکان دارای والدین با سطوح تحصیلی (کم سواد و باسواد) می‌باشد. لازم به ذکر است که در این پژوهش عمدتاً اختلال اضطراب جدایی مد نظر بوده است چون در آخرین طبقه‌بندی اختلالات روانی شایع‌ترین اختلال اضطرابی مطرح شده

در کودکان همین اختلال می‌باشد. علاوه بر اختلال اضطراب جدایی اضطراب کلی کودکان نیز که جمع عوامل مورد سنجش مقیاس اضطراب کودکان اسپنس می‌باشد در کنار موضوع اصلی مورد بررسی قرار گرفته و درمان اختلال اضطراب جدایی به عنوان فرضیه‌ی اصلی و اضطراب کلی به عنوان فرضیه‌ی فرعی مد نظر قرار گرفت.

فرضیات تحقیق

با توجه به اهداف پژوهش فرضیات اصلی و فرعی پژوهش به ترتیب زیر مطرح و مورد سنجش قرار گرفت:

فرضیه‌ی اصلی: میزان اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در درمان اختلال اضطراب جدایی کودکان در گروه‌های کم سواد و باسواد در مقایسه با گروه کنترل، متفاوت است.

فرضیه‌ی فرعی: میزان اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در کاهش اضطراب کلی کودکان در گروه‌های کم سواد و باسواد در مقایسه با گروه کنترل، متفاوت است.

روش پژوهش

در این پژوهش از روش تحقیق شبه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برنامه‌ی مداخله‌ای از پیش طراحی شده به دو زیرگروه آزمایش ارائه و نتایج اثرات مداخله با گروه کنترل مقایسه شد. نتایج یافته‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری مورد مقایسه قرار گرفت. در جدول ۱ طرح پژوهش نشان داده شده است.

جدول ۱- طرح پژوهش

E1	O1	X	O2	O3
C1	O1	-	O2	O3
E2	O1	X	O2	O3
C2	O1	-	O2	O3

ابزارهای پژوهش

الف - مقیاس اضطراب کودکان اسپنس:

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس^۱ به منظور اندازه‌گیری و ارزیابی اضطراب کودکان بر اساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری DSM-IV طراحی و ساخته شده است. فرم اولیه‌ی مقیاس در سال ۱۹۹۷ در کشور استرالیا در سال‌های ۱۹۹۷ و ۱۹۹۸ طی دو مطالعه‌ی 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 (اسپنس، ۱۹۹۷؛ اسپنس، ۱۹۹۸؛ موریس، ۲۰۰۲). 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. همچنین در کشورهای هلند، بلژیک، آلمان، ژاپن، استرالیا، نیوزیلند و انگلیس استاندارد شده و روایی و پایایی بالایی را برای آن گزارش شده است (اسپنس، باریت و همکاران، ۲۰۰۳).

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 کم شدن سوگیری منفی پاسخ‌ها طراحی شده است. این مقیاس توسط موسوی و دیگران (۲۰۰۶) بر روی ۴۵۰ نفر دانش‌آموز دختر و پسر هنجار و روایی و پایایی برابر مقادیر جدول‌های شماره‌ی ۲ و ۳ گزارش شده است. میانگین این آزمون برای کودکان ایرانی برابر ۹۰ محاسبه شده است.

جدول ۲- داده‌های مربوط به روایی مقیاس اضطراب اسپنس

X ²	df	p	RMSEA	CFI	RMR	GFI	AGFI
۱۰۶۸/۱۴	۶۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۴۵	۰/۹۷	۱/۰۶۳	۰/۸۵	۰/۸۳

جدول ۳- داده‌های مربوط به پایایی مقیاس اضطراب اسپنس
(ضریب آلفای کرونباخ)

عوامل	اضطراب اجتماعی	اضطراب جدایی	اضطراب فراگیر	اختلال آسیمگی با بازار هراسی	ترس از صدمات جسمانی	وسواس - اجبار	کلی
ضریب آلفای کرونباخ	۰/۶۷	۰/۶۹	۰/۷۲	۰/۷۵	۰/۶۵	۰/۶۲	۰/۸۹

ب - مصاحبه‌ی تشخیصی:

تشخیص اختلال اضطراب جدایی در کودکان با مصاحبه‌ی تشخیصی بر اساس معیارهای DSM-IV-TR توسط متخصص روان‌پزشکی و روان‌شناس بالینی از مراجعان انجام شده است.

ج - برنامه‌ی مداخله درمانی (طرح درمان)

مداخله‌ی درمانی شامل ۹ جلسه‌ی خانواده درمانی (هر هفته حداکثر ۱ جلسه) و یک جلسه‌ی پیگیری بود. مراحل مداخله درمانی به ترتیب زیر بود:

مرحله‌ی اول - تعریف مشکل: بیان و تعریف مشکل از دیدگاه مراجع، تشخیص مشاور از مشکل مراجع و سرانجام دستیابی به دیدگاه مشترک میان مشاور و مراجع.

مرحله‌ی دوم - تظاهرات رفتاری: شناسایی تظاهرات رفتاری اختلال و کسب اطلاعات دقیق از تظاهرات اختلال در مصاحبه‌ی بالینی از خانواده.

مرحله‌ی سوم - بیان هدف کلی: تعیین اهداف کلی درمان با تأکید بر درمان اختلال اضطراب جدایی کودک.

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

مرحله‌ی پنجم - بیان و شناسایی موانع^۳ درمان مانند عدم همکاری یکی از والدین، وجود فرزندی با علائم سایکوپاتولوژیک (نظیر پرخاشگری)، خانواده‌ی گسترده و عدم امکان کنترل تعاملات کودک با دیگران.

1- Problem Identification
2- Behavioral Manifestation
3- Barriers

مرحله‌ی ششم - مداخله‌ی^۱ اصلی بر اساس رویکرد خانواده درمانی ساختاری مینوچین و تکنیک‌های خانواده درمانی همسو.

مرحله‌ی هفتم - در برگیرنده‌ی تعیین و تبیین وظایف و تکالیف اعضای خانواده در طول جلسات مداخله و در خانه در طی هفته‌ی متناسب با اهداف اصلی و اهداف فرعی درمان.

مرحله‌ی هشتم - ارائه‌ی برنامه‌ی زمان‌بندی مداخله درمانی، تعداد جلسات، فاصله‌ی زمانی جلسات.

مرحله‌ی نهم - ارزیابی^۲ قبل از اعمال مداخله در طول جلسات مداخله، پس از پایان مداخله و در مرحله پیگیری با هدف تعیین میزان دستیابی به هدف درمان.

مرحله‌ی 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.

نمونه‌ی پژوهش

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

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

با توجه به این که میزان تحصیلات والدین به عنوان یک متغیر در نظر گرفته شده بود، گروه‌های آزمایش به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول خانواده‌هایی بودند که هر دو والدین تحصیلات پایین‌تر از دیپلم داشتند ($n=10$) و گروه دوم شامل خانواده‌هایی می‌شد که حداقل یکی از والدین دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم ($n=10$) بود. گروه‌های سوم و چهارم به عنوان

1- Intervention

2- Evaluation

گروه کنترل از نظر ویژگی‌های دموگرافیک، وجود اختلال واحد و سایر موارد مطرح در پژوهش مشابه گروه آزمایشی بودند.

روش اجرا و تحلیل نتایج

پس از اجرای پیش‌آزمون‌ها، مداخله فقط بر روی ۲ 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.

زمان هر جلسه مداخله ۸۰ الی ۱۰۰ دقیقه بود. در انتهای جلسه‌ی نهم پرسش‌نامه‌های مرحله‌ی پس از درمان تکمیل گردید. پس از شش هفته، خانواده‌ها مجدداً برای جلسه‌ی پیگیری (جلسه‌ی دهم) مراجعه نموده 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 همبستگی و روش‌های آمار استنباطی، تحلیل واریانس یک راهه برای تحلیل داده‌های پژوهش و ارزیابی نتایج مداخله‌ی درمانی و روش‌های تکرار سنجش و تعقیبی توکی برای مقایسه‌ی میانگین‌های گروه‌ها استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

فرضیه‌ی اصلی - اضطراب جدایی کودکان

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین گروه‌های آزمایش (کم سواد و با سواد)، تغییر قابل ملاحظه‌ای در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب کودکان اسپنس داشته و از مقادیر ۱۱/۴ و ۱۲/۱۰ در مرحله‌ی قبل از درمان به مقادیر ۴/۵۰ و ۴/۳۰ در مرحله‌ی بعد از درمان کاهش پیدا کرده است. این در حالی است که شاخص‌های فوق تغییرات چندانی در مورد گروه‌های کنترل نداشته است. در مرحله‌ی پیگیری برای هر دو گروه، تغییرات قابل ملاحظه‌ای در میزان میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل مشاهده نمی‌شود. این مطلب در مورد گروه کنترل که هیچ گونه مداخله‌ی درمانی نداشته است بدیهی است و در مورد گروه آزمایش می‌تواند بیانگر تثبیت نتایج درمان باشد.

جدول ۴- شاخص‌های آمار توصیفی - اضطراب جدایی

مرحله‌ی مداخله	متغیر و شاخص	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد نمونه (N)
قبل از درمان	کم سواد - آزمایشی	۱۱/۴	۱/۵۱	۱۰
	باسواد - آزمایشی	۱۲/۱۰	۲/۵۱	۱۰
	کم سواد - کنترل	۱۱/۵۶	۲/۵۶	۹
	باسواد - کنترل	۱۰/۶۷	۱/۵۸	۹
بعد از درمان	کم سواد - آزمایشی	۴/۵۰	۱/۹۰	۱۰
	باسواد - آزمایشی	۴/۳۰	۲/۴۵	۱۰
	کم سواد - کنترل	۱۲/۰۰	۲/۹۶	۹
	باسواد - کنترل	۱۰/۳۳	۲/۷۸	۹
پیگیری	کم سواد - آزمایشی	۴/۶۰	۱/۵۱	۱۰
	باسواد - آزمایشی	۳/۷۰	۲/۵۸	۱۰
	کم سواد - کنترل	۱۱/۶۷	۲/۶۰	۹
	باسواد - کنترل	۹/۴۴	۲/۴۶	۹

جدول ۵- آزمون اثرات بین گروه‌های آزمودنی - اضطراب جدایی

معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه‌ی آزادی	مجموع مجزورات نوع سوم	
۰/۰۰۰	۸۵۰/۵۱۵	۸۹۱۵۸/۲۱۴	۱	۸۹۱۵/۲۱۴	تعامل
۰/۰۰۰	۱۶/۸۷۲	۱۷۶/۸۵۵	۳	۵۳۰/۵۶۴	گروه‌های آزمودنی
		۱۰/۴۸۲	۳۴	۲۵۶/۳۹۲	خطا

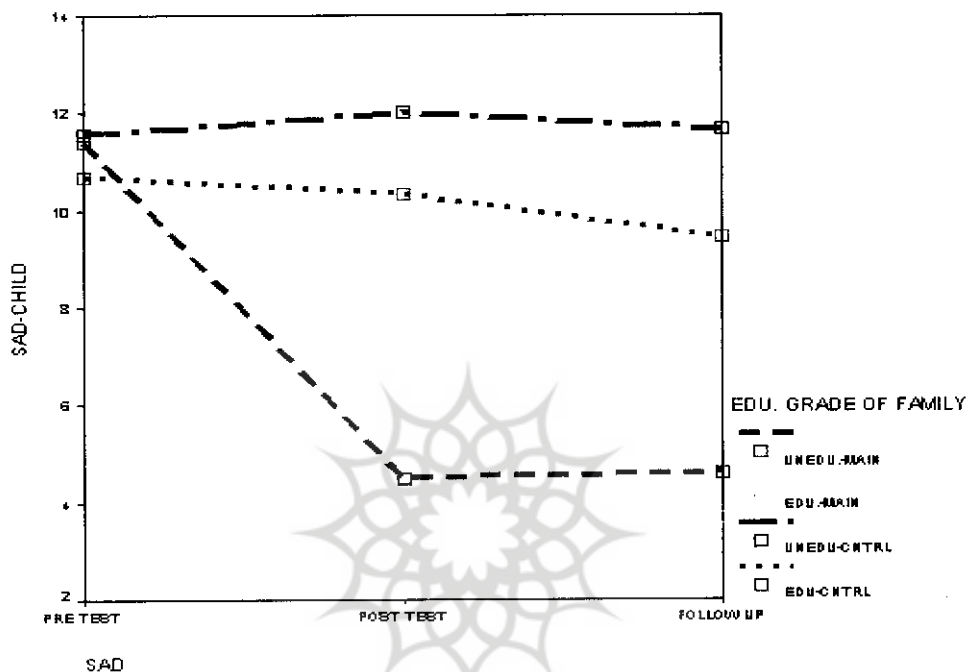
بر اساس مقادیر جدول ۵، تعامل بین گروه‌های آزمودنی و متغیر آزمایشی در سطح ($p < 0.001$) و تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل نیز در سطح ($p < 0.001$) معنی دار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین گروه‌های آزمایش و کنترل به دلیل اعمال متغیر آزمایشی (مستقل) تفاوت معنی دار ایجاد شده است. جدول ۶ (نتایج آزمون توکی) نشان می‌دهد، میان میانگین گروه آزمایشی کم سواد با گروه آزمایشی باسواد و بالعکس در سطح ($p = 0.999 > 0.05$) تفاوت معنی دار وجود ندارد. بنابراین تفاوتی میان اثربخشی رویکرد خانواده

درمانی ساختاری در دو گروه با درجات تحصیلی متفاوت مشاهده نشده و نتیجه‌گیری می‌شود که اثربخشی این رویکرد در درمان اختلال اضطراب جدایی میان دو گروه یکسان بوده است. مقایسه‌ی میان گروه آزمایشی کم سواد با گروه کم سواد کنترل، تفاوت معنی دار در سطح ($p < 0.001$) مشاهده شده و بنابراین نشان از اثربخشی رویکرد فوق در درمان اختلال اضطراب جدایی کودکان دارد که فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد.

جدول ۶ - مقایسه‌های چندگانه (Tukey) - اضطراب جدایی

معنی داری	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	گروه با گروه	
۰/۹۹۹	۰/۸۴	۰/۱۳	باسواد - آزمایشی	کم سواد آزمایشی
۰/۰۰۰	۰/۸۶	-۴/۹۱	کم سواد - کنترل	
۰/۰۰۳	۰/۸۶	-۳/۳۱	باسواد - کنترل	
۰/۹۹۹	۰/۸۴	-۰/۱۳	کم سواد - آزمایشی	باسواد آزمایشی
۰/۰۰۰	۰/۸۶	-۵/۰۴	کم سواد - کنترل	
۰/۰۰۲	۰/۸۶	-۳/۴۵	باسواد - کنترل	
۰/۰۰۰	۰/۸۴	۴/۹۱	کم سواد - آزمایشی	کم سواد کنترل
۰/۰۰۰	۰/۸۶	۵/۰۴	باسواد - آزمایشی	
۰/۲۸۸	۰/۸۶	۱/۵۹	باسواد - کنترل	
۰/۰۰۲	۰/۸۴	۳/۳۱	کم سواد - آزمایشی	باسواد کنترل
۰/۰۰۲	۰/۸۶	۳/۴۵	باسواد - آزمایشی	
۰/۲۸۸	۰/۸۶	-۱/۵۹	کم سواد - کنترل	

نمودار ۱- نتایج آزمون توکی - اضطراب جدایی



فرضیه‌ی فرعی - عامل اضطراب کلی

داده‌های توصیفی مربوط به اضطراب کلی، در جدول ۷ نشان می‌دهد که میزان میانگین اضطراب کلی آزمودنی‌ها (که مجموع عوامل ۶ گانه‌ی مقیاس اسپنس می‌باشد) از ۵۳/۱۰ و ۴۶/۵۰ به ترتیب برای گروه‌های کم سواد و باسواد آزمایشی به ۲۵/۶۰ و ۲۲/۵۰ کاهش پیدا کرده است.

جدول ۷- شاخص‌های آمار توصیفی - اضطراب کلی

تعداد نمونه (N)	انحراف استاندارد	میانگین	متغیر و شاخص		مرحله‌ی مداخله
			گروه‌ها		
۱۰	۱۳/۱۸	۵۳/۱۰	کم سواد - آزمایشی		قبل از درمان
۱۰	۸/۲۲	۴۶/۵۰	باسواد - آزمایشی		
۹	۱۲/۷۰	۵۴/۳۳	کم سواد - کنترل		
۹	۱۳/۳۸	۵۱/۱۱	باسواد - کنترل		
۱۰	۶/۴۲	۲۵/۶۰	کم سواد - آزمایشی		بعد از درمان
۱۰	۹/۱۴	۲۲/۵۰	باسواد - آزمایشی		
۹	۱۵/۳۹	۶۱/۶۷	کم سواد - کنترل		
۹	۱۲/۱۹	۵۶/۵۶	باسواد - کنترل		
۱۰	۶/۴۱	۲۳/۷۰	کم سواد - آزمایشی		پیگیری
۱۰	۸/۹۲	۱۸/۴۰	باسواد - آزمایشی		
۹	۱۳/۶۸	۵۷/۶۷	کم سواد - کنترل		
۹	۱۰/۲۳	۵۱/۷۸	باسواد - کنترل		

همان گونه که مشاهده می‌شود (جدول ۸) تعامل بین گروه‌های آزمودنی و متغیر آزمایشی در سطح ($p < 0/001$) معنی دار بوده و تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل نیز در سطح ($p < 0/001$) معنی دار می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین گروه‌های آزمایش و کنترل به دلیل اعمال متغیر آزمایشی (مستقل) تفاوت معنی دار ایجاد شده است.

جدول ۸ - آزمون اثرات بین گروه‌های آزمودنی - اضطراب کلی

معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه‌ی آزادی	مجموع مجزورات نوع سوم	
0/000	۷۴۱/۹۴۸	۲۱۵۸۷۰/۵۵۰	۱	۲۱۵۸۷۰/۵۵۰	تعامل
0/000	۱۹/۳۵۳	۵۶۳۰/۸۹۲	۳	۱۶۸۹۲/۶۷۷	گروه‌های آزمودنی
		۲۹۰/۹۵۱	۳۴	۹۸۹۲/۳۴۱	خطا

جدول ۹ (نتایج آزمون توکی) نشان می‌دهد بین میانگین گروه آزمایشی کم سواد با گروه آزمایشی باسواد در سطح ($p = 0/۶۷۱ > 0/۰۵$) تفاوت معنی داری وجود ندارد. این نتیجه، در مورد مقایسه‌ی بالعکس (باسواد آزمایشی با کم سواد آزمایشی) نیز مشاهده می‌شود. بنابراین

تفاوتی بین اثربخشی رویکرد خانواده درمانی ساختاری در دو گروه با درجات تحصیلی مختلف مشاهده نشده و نتیجه‌گیری می‌شود که اثربخشی این رویکرد در کاهش میزان اضطراب کلی آزمودنی‌ها یکسان بوده است.

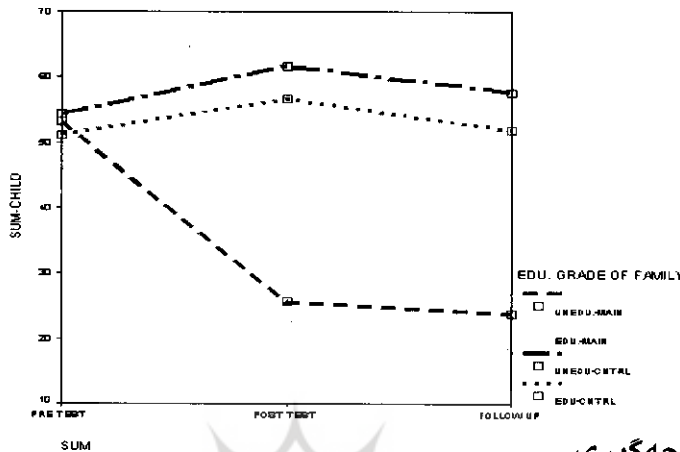
جدول ۹- مقایسه‌های چندگانه (Tukey) - اضطراب کلی

معنا داری	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	گروه با گروه	
۰/۶۷۱	۴/۴۰	۵/۰۰	باسواد - آزمایشی	کم سواد - آزمایشی
۰/۰۰۰	۴/۵۳	-۲۳/۷۶	کم سواد - کنترل	
۰/۰۰۱	۴/۵۳	-۱۹/۰۱	باسواد - کنترل	
۰/۶۷۱	۴/۴۰	-۵/۰۰	کم سواد - آزمایشی	باسواد - آزمایشی
۰/۰۰۰	۴/۵۳	-۲۸/۷۶	کم سواد - کنترل	
۰/۰۰۰	۴/۵۳	-۲۴/۰۱	باسواد - کنترل	
۰/۰۰۰	۴/۵۳	۲۳/۷۶	کم سواد - آزمایشی	کم سواد - کنترل
۰/۰۰۰	۴/۵۳	۲۸/۷۶	باسواد - آزمایشی	
۰/۷۳۸	۴/۶۴	۴/۷۴	باسواد - کنترل	
۰/۰۰۱	۴/۵۳	۱۹/۰۱	کم سواد - آزمایشی	باسواد - کنترل
۰/۰۰۰	۴/۵۳	۲۴/۰۱	باسواد - آزمایشی	
۰/۷۳۸	۴/۶۴	-۴/۷۴	کم سواد - کنترل	

در مقایسه‌ی گروه‌های آزمایشی و کنترل کم سواد تفاوت معنی دار در سطح ($p < ۰/۰۰۱$) مشاهده شده و اثربخشی مثبت رویکرد فوق در کاهش اضطراب کلی ثابت شده و فرضیه‌ی فرعی پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.

از نتایج جدول ۸ و مقایسه‌ی گروه‌های آزمایش و کنترل نتیجه‌گیری می‌شود که رویکرد خانواده درمانی ساختاری در کاهش اضطراب کلی اثربخش می‌باشد.
نمودار ۲، نتایج آزمون توکی را برای گروه‌های مختلف آزمودنی نشان می‌دهد.

نمودار ۲ - نتایج آزمون توکی - اضطراب کلی



بحث و نتیجه‌گیری

مینوچین و بیکر (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 تعارض خانواده نشان داده شد. بدین ترتیب که سطح اسیدی خون کودکان دیابتی موقع تشدید تعارض والدین به شدت بالا می‌رفت (نیکولز و شوارتز، ۲۰۰۴).

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 نتیجه‌ی به دست آمده 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 غیر لازم درگیر تعارضات والدین نشده و نگرانی از روابط والدین و عدم تداوم زندگی خانوادگی با چسبندگی شدید و دائمی به والدین جای خود را به احساس امنیت و وابستگی ایمن می‌دهد.

نتایج این پژوهش، یافته‌های پژوهش‌های مارچ^۱ و دیگران (۱۹۹۴) در مورد تأثیر خانواده درمانی ساختاری در مورد مشکلات رفتاری کودکان و درمان کودکان مبتلا به اختلال وسواس - اجبار را حمایت می‌کند.

در این پژوهش اثرگذاری خانواده درمانی ساختاری در درمان اختلال اضطراب جدایی 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 جزء عوامل اثرگذار در روند درمان می‌باشد. این موضوع توسط نتایج مختلفی که در پژوهش‌های کنترل شده‌ی یکسان، به دلیل متفاوت بودن درمانگر به دست آمده، نشان داده شده است (هکنی^۲ ۲۰۰۱).

مکانیزم تغییرات در خانواده درمانی ساختاری از طریق مداخلاتی چون فنون الحاق، برون‌سازی و بازسازی خانواده شامل مرزسازی، تضعیف مرزها، طرح تعارضات زیر منظومه‌ی زناشویی و زیرمنظومه‌ی والدینی بدون حضور کودک و آموزش روش‌های مقابله‌ای مؤثر برای حل تعارض‌های موجود بین زوجین، تصحیح الگوهای رفتاری مختل، باز آفرینی کانال‌های ارتباط، تغییر الگوهای مختل و دادن تکلیف در طی جلسه‌ی درمان و تکالیف خانه در طول هفته، تأکید زدایی از نشانه‌ی مرضی و ... در مدت مداخله‌ی درمانی پژوهش روی آزمودنی‌ها موجب تغییرات در ساختار خانواده شده و در نتیجه نشانگان مرضی اختلال را کاهش داده است.

یکی از مواردی که در درمان خانواده درمانی ساختاری صورت می‌گیرد، مشخص کردن موقعیت‌های پرخطر^۳ برای بازگشت^۴ 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^۵ از عود مجدد اختلال یا ایجاد اختلالات مشابه دیگر هم کار می‌شود.

نکته‌ی قابل ذکر دیگر در تحلیل و تفسیر نتیجه‌ی پژوهش، مقایسه‌ی آن با نتایج پژوهش‌های مبتنی بر مداخلات خانواده همچون رویکرد درمانی تعاملی والدین - کودک و خانواده درمانی مبتنی بر دل بستگی در درمان اختلال اضطراب جدایی می‌باشد.

رویکرد درمانی تعامل والدین - کودک علت ایجاد اختلال اضطراب جدایی را تعاملات منفی والدین و کودک می‌داند و در درمان نیز به صورت آموزشی درمانی به تغییر تعاملات والدین - کودک می‌پردازد، در دیدگاه خانواده درمانی مبتنی بر دل بستگی نیز علت ایجاد

1- March

2- Hackney

3- High Risk Situation

4- Relaps

5- Prevention

اختلال اضطراب جدایی فقدان دل بستگی ایمن، یا ایجاد یکی از انواع سه‌گانه‌ی دل بستگی نا ایمن یا اجتنابی ذکر شده است و در درمان به آموزش والدین برای تغییر رفتارهایی که منجر به تقویت دل بستگی ایمن شود، پرداخته می‌شود. اگر بین این سه دیدگاه در ارتباط با اختلال اضطراب جدایی مقایسه‌ای صورت گیرد، می‌توان این گونه نتیجه گرفت که خانواده درمانی مبتنی بر دل بستگی کل پیوند عاطفی یا ارتباطات عاطفی والدین کودک، رویکرد تعامل والدین - کودک مجموعه تعاملات تقویت کننده چرخه‌ی اضطراب جدایی و رویکرد خانواده درمانی ساختاری، صرفاً ارتباطات تعارض آلود بین والدین و کودک را مورد توجه قرار می‌دهند. به نظر می‌رسد که این سه رویکرد ارتباط تنگاتنگی در نگاه به این موضوع دارند.

از دیدگاه درمانی ساختاری مینوچین یکی از عوامل مهم ایجاد اضطراب در کودک علاوه بر وجود تعارضات بین والدین و سایر اعضای خانواده، سرایت مشکلات زیر منظومه‌ی خانواده به همدیگر خصوصاً به فرزندان و ایجاد مثلث‌های مختلف در روابط اعضای خانواده بالاخص والدین با کودک بیمار می‌تواند باشد. در واقع اختلال اضطراب جدایی در تشخیص گذاری انواع اشکالات ساختاری خانواده‌های مختل به عنوان بخشی از مشکلات مرزی مزمن محسوب شده و ناشی از انتقال استرس‌های یک زیرمنظومه به سایر زیرمنظومه‌ها می‌باشد. اگر یک زیرمنظومه همواره از فرد معینی که عضو زیرمنظومه‌ی آنها نیست برای نشر تعارضات زیرمنظومه‌ای استفاده کند، اوضاع مختلفی بروز خواهد کرد. این وضع غالباً زمانی دیده می‌شود که والدین از یک فرزند برای منحرف کردن یا به بی‌راهه کشاندن تعارضات زن و شوهری استفاده می‌کنند. در این صورت مرز بین والدین و کودک نامشخص و بی‌رنگ شده و در این حالت والدین به تقویت بیماری کودک دامن می‌زنند. سپس برای مراقبت از او با هم متحد می‌شوند در چنین شرایطی هدف درمانگر بازسازی سازمان زیر منظومه‌ها، بنابر الگوی عملکرد ولی - فرزندی است (مینوچین، ثنائی، ۱۳۷۳/۱۹۷۴).

نتایج این پژوهش نیز در تأیید مطالب مذکور در اکثر موارد حاکی از بهبودی وضعیت کودک و خانواده در طی درمان و حتی تداوم بهبودی در جلسه‌ی پیگیری بود. از نکات شایان ذکر این که دو مورد از این خانواده‌ها درگیر تعارضات شدید زناشویی بوده و در معرض متارکه و طلاق بودند که هر دو نه تنها متارکه نکردند، بلکه وضعیت بسیار مناسبی پیدا کرده و با علاقه‌مندی بالایی جلسات درمان را تا پایان ادامه دادند. یک مورد هم که دو سال پیش متارکه کرده بودند و فرزندشان دچار اختلال اضطراب جدایی شدیدی بود و در طول دو سال جدایی والدین، تحت نظر روان‌پزشک دارو درمانی بود، در طی جلسات درمان والدین پذیرفتند مجدداً ازدواج نمایند و پس از ازدواج والدین از جلسه‌ی چهارم به بعد وضعیت کودک آنچنان

بهبودی پیدا کرد که با نظر روان‌پزشک داروهای کودک به طور کامل قطع شد. خانواده ساختار مطلوبی پیدا کرده و علاوه بر رفع اضطراب کودک، شادابی زیادی در کودک و خانواده اش ایجاد شد.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- پروچسکا، ج. و سی نور کراس، ج. (۱۳۸۱/۱۹۹۹). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه‌ی یحیی سیدمحمدی، تهران: انتشارات رشد.
- مینوچین، س. (۱۳۷۳/۱۹۷۴). خانواده و خانواده درمانی. ترجمه‌ی باقر ثنائی ذاکر. تهران: انتشارات امیرکبیر.
- Aschenbrand, S.G., et al. (2003). "Is Childhood Separation Anxiety Disorder A Predictor of Adult Disorder and Agoraphobia? A Seven Year Longitudinal Study". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 42-12.
- American psychiatric association.(2000). "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*". 4th Textured Edition. Washington, D.C.
- Cavasagar, V.M., et al. (2000). "Parent Child Concordance for Separation Anxiety: A Clinical Study". *Journal of Affective Disorders*. 65: 81- 84.
- Chorpita B.F., et al.(1998). "Perceived Control as a Mediator of Family Environment in Etiological Models of Childhood Anxiety". *Journal of Behavior Therapy*, 29:457-476.
- Chorpita B. F., et al. (1998). "The Development of Anxiety: The Role of Control in the Family Environment". *Psychological Bulletin*. 124:3-21.
- Donna, B. P., et al. (2005). "Adapting Parent Child Interaction Therapy for Young Children with Separation Anxiety Disorder". *Journal of Education and Treatment of Children*. 28 -2.
- Dunn, R., et al. (1995), "Meta-analytic review of marital therapy out come research", *Journal of family Psychology*. 9:68-98.
- Egger, L.H., et al. (2003). "School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community Study". *Journal of the American Academy of child & Adolescent psychiatry*. 42-7.
- Gladding, S., (1994). *Family Therapy, Theory and Practice*". Englewood Cliffs Prentice Hall.
- Goldenberg, I. and Goldenberg, H.(2004)., "*Family Therapy*", 5th Ed. Peacock Publishers.
- Hackney, H.L., Sherian C., (2001). "*The Professional Counselor, A process Guide to Helping*". West Virginia University. Copyright by Allyn and Bacom.
- Kaslow, F.W., Robert F., Maser S.D., (2002). "*Comprehensive Handbook of Psychotherapy*". New York: John Wiley and Sons.
- Manassis, K., et al., (1994). "The development of Childhood Anxiety Disorders: Towered and Integrated Model". *Journal of Applied Developmental Psychology*. 15:345-366.
- March, J.S., et al., (1994). "the multidimensional Anxiety scales for children (MASC): factor structure, reliability, and validity". *Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry*. 36:554-565.

- Moon, S.S., (2002). "Assessment of Separation Anxiety Disorder: A Review of Evidence-Based Approaches, Child and Adolescent". *Social Work Journal*. 19-5.
- Mousavi, R., et al., "The Psychometric Characteristics of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)". *26th applied psychology Congress*. June 2006-Greece.
- Muris, P., et al., (2002). "Three Traditional and Three new Childhood Anxiety Questioners: Their Reliability and Validity in a Normal Adolescent Sample". *Journal of Behavior Research and Therapy*. 40:753- 772.
- Muris, P., et al. , (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*. 40:323-336.
- Nichols, M.P. and Schwartz, R.C. (2004). "*Family Therapy. Concepts and methods*". New York: John Wiley.
- Rapee, R.M., (1998). "Potential Role of Childrearing Practice in the Development of Anxiety and Depression". *Clinical Psychology Review*. 17:47-67.
- Rapee, R.M., et al., (2000). "Issues in the Diagnosis and Assessment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents". *Clinical Psychology Reviews*. 20-4:453-478.
- Sadock, B.J. et al., (2003). "*Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry*". 9th editions, New York: John Wiley and Sons,.
- Spence, S.H., (1998). "A Measure of Anxiety Symptoms among Children", *Behavioral Research*. 36-5:545-566.
- Spence, S.H., et al., (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. Email to the author (24 July 2004).
- Spence, S.H., et al., (2003). "Psychometric Properties of the Spence children's Anxiety Scale with young adolescents". *Journal of Anxiety Disorder*. 17:605-625.
- Spence, S.H., (1997). *The Structure and Assessment of Anxiety in Children*. Email to the author (24 July 2004).
- Stark, K.D., et al., (1990). "Perceived Family Environments of Depressed and Anxious Children: Child's and Maternal Figures perspectives". *Journal of Abnormal Child Psychology*. 18:525-576.
- Strauss, C.C., (1990). "Anxiety Disorder of Childhood and Adolescence". *School Psychology Review*. 19-2