

اثربخشی آموزش خانواده با استفاده از «تئوری سیستمی بوئن» بر  
تمایز یافتگی و کارکرد خانواده‌های دارای فرزند معتاد

**The Effectiveness of Family Training From “Bowen Family System” on Self Differentiation and the Function of Families with Addicted Children**

*F. Ghaffari, M.A.* ✉

فاطمه غفاری ✉

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*H. Rafiey, Ph.D.*

دکتر حسن رفیعی

استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پژوهشی رفاه اجتماعی

*B. Sanai, Ph.D.*

دکتر باقر ثنائی

استاد دانشگاه تربیت معلم تهران، گروه مشاوره

دریافت مقاله: ۸۸/۷/۱۴

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۹/۲/۸

پذیرش مقاله: ۸۹/۶/۱

**Abstract**

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Bowen Family System therapy in increasing self-differentiation and improving family function in families with addicted children. Based on previous studies, addicted persons and their

**چکیده:**

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی سیستمی بوئن بر افزایش تمایز یافتگی و بهبود کارکرد خانواده‌های دارای فرزند معتاد انجام شده است. بر اساس مطالعات انجام شده افراد معتاد و خانواده‌های آن‌ها تمایز یافتگی پایینی دارند که این امر موجب بدکارکردی خانواده می‌شود.

✉ Corresponding author: University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran  
Tel: +9809144201418  
Email: [fghafari1983@gmail.com](mailto:fghafari1983@gmail.com)

✉ نویسنده مسئول: تهران، اوین، خیابان کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
تلفن: ۰۹۱۴۴۲۰۱۴۱۸  
پست الکترونیکی: [fghafari1983@gmail.com](mailto:fghafari1983@gmail.com)

families exhibit low self-differentiation, which makes them dysfunctional. The design of this research was an experimental one with a pre-test, post-test and randomized control group. The samples (10 addicted families) were selected voluntarily of single addicted persons and their families in 4 addiction clinics in Tehran. The samples were randomly assigned to two experimental and control groups. The experimental group received a therapy based on Bowen Family System theory in 8 sessions along with the standard treatment and addiction based on national protocols of Ministry and Health and Social Welfare Organization, while the control group was not exposed to such a therapy. Pre- and post- test data were investigated using a covariance analysis test. The results showed that Bowen Family System therapy increases self-differentiation and improves the functioning of addicted persons and their families.

**KeyWords:** Bowen Family System Therapy, Addiction, Self Differentiation, Family Function.

این مطالعه از نوع طرح‌های آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. گروه نمونه این پژوهش که به طور داوطلبانه از میان مراجعین مجرد معتاد و اعضای خانواده‌های آن‌ها از ۴ مرکز درمانی اعتیاد انتخاب شدند، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۵ خانواده ۴ نفره) و کنترل (۵ خانواده ۴ نفره) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۲ ساعته تحت خانواده‌درمانی بر اساس تئوری سیستمی بوئن قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل فقط درمان متعارف بهیستی/ وزارت بهداشت را دریافت می‌کردند. داده‌ها که بر اساس پرسشنامه تمایز یافتگی و ابزار سنجش خانواده بدست آمده بود، با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت و نشان داد که خانواده‌درمانی سیستمی بوئن موجب افزایش تمایز یافتگی و بهبود کارکرد افراد معتاد و اعضای خانواده‌های آن‌ها می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** خانواده‌درمانی سیستمی بوئن، اعتیاد، تمایز یافتگی، کارکرد خانواده

## مقدمه

پایداری نهاد خانواده در طول دوره‌های مختلف تاریخی دلالت بر کارکردی بودن این نهاد دارد. صاحب‌نظران بر این باورند که جامعه سالم از خانواده‌های سالم تشکیل شده است و شرط سلامت خانواده، وجود روابط سالم و کارکرد صحیح این نهاد است. اما در قرون اخیر بروز و گسترش بسیاری از مشکلات فردی، اجتماعی و دیگر آسیب‌ها و انحرافات راه ناشی از اختلال در کارکرد نهاد خانواده می‌دانند و یکی از آن‌ها که امروزه گریبان‌گیر اکثر جوامع گردیده، اعتیاد است (نوری، ۱۳۸۴).

اعتیاد به مصرف مواد می‌تواند کل زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده و اغلب منجر به دامنه وسیعی از رفتارهای بیمارگونه شده، کارکرد طبیعی فرد را در خانواده، محیط کار و اجتماع مختل کند. از طرف دیگر، دلبستگی و پیوند خاصی بین اعضای یک خانواده وجود دارد، آن‌ها نگران یکدیگرند و از هم دفاع، حمایت و پشتیبانی می‌کنند، بنابراین کارکرد سایر افراد خانواده نیز مختل می‌گردد (راهدرد و زچاویکس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). تئوری‌های خانواده‌درمانی (بوئن<sup>۲</sup>، ۱۹۷۸؛ هی لی<sup>۳</sup>، ۱۹۶۷؛ مینوچین<sup>۴</sup>، ۱۹۷۴) نیز بیان می‌کنند که کارکرد خانواده و فرد به هم وابسته هستند، به این معنا که مشکلات فرد، مشکلات خانواده را منعکس می‌کند و بالعکس (نقل از پکمن<sup>۵</sup>، ۱۹۸۵)؛ اعتیاد نیز از این قاعده مستثنی نیست. زیان‌های ناشی از سوءمصرف مواد علاوه بر شخص مصرف‌کننده، به خانواده و دیگران هم سرایت می‌کند، حتی اگر آن‌ها مشکل سوءمصرف مواد نداشته باشند (هری<sup>۶</sup>، گودن<sup>۷</sup>، شنفلد<sup>۸</sup> و کلی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶). از دیدگاه روان‌شناسی نیز دامنه تأثیرات مخرب اعتیاد به مواد از آن‌رو حائز اهمیت فراوان است که عواقب وخیم آن تنها فرد معتاد را در بر نمی‌گیرد، بلکه معمولاً همسر، فرزندان، خانواده گسترده، دایره دوستان و همکاران و... در معرض آثار ویرانگر آن قرار خواهند گرفت (پیرمادی، ۱۳۷۹).

اعضای این خانواده‌ها هر کدام به نوعی گرفتار و درگیر فرد معتاد و مسائل و مشکلات مربوط به او هستند، تمایز یافتگی کمی از خانواده‌های خود دارند و قادر نیستند فکر و احساس خود را از دیگران متمایز کنند، به راحتی با احساساتی که خانواده به آن‌ها تحمیل می‌کند، آشفته می‌شوند که این هم وابستگی<sup>۱۰</sup> و نیز تمایز نیافتگی<sup>۱۱</sup> است (فریتزلن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۸).

یکی از ویژگی‌های خانواده سالم، کمک به اعضای خود در جهت تمایز یافتگی<sup>۱۳</sup> است. به این معنا که افراد خانواده یاد بگیرند، کارکرد عقلانی و احساسی خود را از هم و کارکرد خود را از اعضای خانواده تفکیک دهند. تمایز یافتگی پایین در اعتیاد و هم وابستگی<sup>۱۴</sup> افراد به فرد معتاد و رفتارهای اعتیادی تأثیر زیادی دارد و کار بر روی این مشکل بر بهبود و سلامت روان آن‌ها اثرگذار خواهد بود (سلم<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۲).

افراد با تمایز یافتگی بالا به هیجانات خود آگاهی دارند و قادر به سنجش متفکرانه موقعیت هستند. این افراد توانایی رشد «خود مستقل» را دارند و می‌توانند در روابط عمیق، آرامش و راحتی خود را حفظ کنند و بنابراین از هم‌جوشی عاطفی و یا جدایی عاطفی برای تعدیل تنش‌های درونی خود اجتناب می‌کنند، در حالی که افراد کمتر تمایز یافته یا به هم‌جوشی با دیگران متمایل می‌شوند و به این ترتیب با جدایی از افراد مهم زندگی از پا درمی‌آیند و یا به جدایی عاطفی تن می‌دهند، بنابراین هنگام مواجه شدن با صمیمیت عاطفی واکنش اضطرابی نشان می‌دهند (اسکورون و دندی، ۲۰۰۴؛ نقل از محسنیان، کرملو و گنجوی، ۱۳۸۶).

مفهوم تمایز یکی از مفاهیم اساسی تئوری بوئن است، که به توانایی تجربه صمیمیت با دیگران و در عین حال استقلال از دیگران اشاره دارد (کلور<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۹). در تئوری سیستمی بوئن تمامی نشانه‌ها مانند بیماری‌های روانی، بیماری‌های جسمی، سوءمصرف مواد و مشکلات اجتماعی با شکست در انطباق با سیستم، خود متمایزسازی اندک و مبالغه در فرآیند عاطفی، ارتباط مثبتی دارد (هراس<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۸).

با توجه به موارد ذکر شده، اگر خانواده‌ای کارکردگرا باشد، افرادی سالم پرورش خواهد داد. در تعریف خانواده سالم و کارآمد گفته می‌شود که آن سیستمی باز است که اعضای آن در عین حالی که از روابط عاطفی گرمی با هم برخوردارند، هویت فردی خود را حفظ می‌کنند. در این‌گونه خانواده‌ها، عشق به صورت نامشروط است و اعضا پذیرای یکدیگر هستند، آستانه تحمل افراد در مقابل کشمکش و اضطراب بالاست و به هنگام نیاز داوطلبانه درصدد یاری و خواهان آن هستند (والش<sup>۱۸</sup>، ۱۹۸۸؛ نقل از مرادی، ۱۳۷۹). در مقابل در خانواده‌های کژکارکرد، ارتباطات رضایت‌بخشی وجود ندارد و مشکلات فراوانی در مرزهای بین فردی وجود دارد، افراد دارای روحیه پایین بوده و احساس افسردگی، فراگیر است (بیورز<sup>۱۹</sup>، ۱۹۸۲).

درمانگران منظومه‌های خانواده بوئن بر این باورند که تمام اختلالاتی که در کارکرد خانواده وجود دارد، از جمله سوءمصرف مواد از مدیریت ناکارای اضطراب در سیستم خانواده ناشی می‌شود و اعتیاد برای افراد و خانواده‌ها به عنوان راهی برای کنترل اضطراب نگریسته می‌شود (کر، ۱۹۸۱). از این‌رو هدف اصلی درمان بوئنی کاهش اضطراب مزمن به وسیله آگاه کردن از سیستم عاطفی خانواده، افزایش سطح تمایز و تمرکز بر تغییر خود به جای سعی در تغییر دادن دیگران است (نقل از مؤسسه نظام خانواده بوئن<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۹).

کر و بوئن (۱۹۸۸) عنوان می‌کنند که رابطه بین اعضای یک خانواده به طور مستقیمی با کارکرد هر یک از اعضا ارتباط دارد و توانایی هر یک از اعضا برای کارکرد فردی ارتباط مستقیمی با کارکرد کل خانواده دارد (نقل از گاندی<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۷).

از این‌رو درمان اعتیاد در دیدگاه بوئن نیز شامل آموزش به تمام اعضای خانواده در مورد کارکرد سیستم و کاهش سطح اضطراب خانواده و بهبود تمایزیافتگی تمام اعضای خانواده است (بوئن، ۱۹۷۴؛ دیویس<sup>۲۲</sup>، ۱۹۸۰؛ لاوسن<sup>۲۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۳؛ نقل از چان، ۲۰۰۳). شواهد روبه رشدی نیز وجود دارند که درمان خانواده محور، کارکرد خانواده را بهبود می‌بخشد و در این زمینه نسبت به رویکردهای دیگر برتری دارد (أفارل<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۳). همان‌طور که کافمن (۱۹۸۰) نیز عنوان کرد که خانواده‌درمانی بعد مهمی از درمان سوءمصرف مواد در دهه اخیر شده است.

بنابراین لازم است کل سیستم خانواده درگیر درمان شوند تا نتیجه بهتری حاصل شود و مسیر بهبودی به درستی طی شده و کارکرد هر یک از اعضای خانواده نیز بهتر از پیش گردد. با توجه به

عوامل گفته شده، در این مطالعه سعی شد پروتکل درمانی بر اساس تئوری سیستمی بوئن طراحی شده و برای کار با چند خانواده‌ای که دارای عضو معتاد بودند، استفاده شود.

## روش

طرح پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی است که به صورت طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. این طرح از دو گروه آزمودنی تشکیل شده که هر دو گروه دو بار مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند. اندازه‌گیری اول با اجرای پیش‌آزمون و اندازه‌گیری دوم با یک پس‌آزمون انجام می‌گیرد.

پژوهشگر نیمی از آزمودنی‌ها را در گروه ۱ و نیمی دیگر را در گروه ۲ به صورت تصادفی جایگزین می‌کند. بدین ترتیب دو گروه معادل یکدیگر به دست می‌آیند و اندازه‌گیری متغیر وابسته نیز برای هر دو گروه در یک زمان و در شرایط یکسان صورت می‌گیرد (هومن، ۱۳۸۴).

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراجعین مجرد معتاد و اعضای خانواده‌های آن‌ها در مراکز درمانی ترک اعتیاد رازی، ثامن، همراهان سلامت و ناجی شرق است. از این جامعه، تعداد ۱۰ خانواده (۴۰ نفر)، که یکی از فرزندان مجرد آن‌ها دارای مشکل اعتیاد بوده و با خانواده اصلی خود زندگی می‌کند، به صورت داوطلبانه انتخاب شده و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند که مداخله برای گروه آزمایش ۴۰ جلسه به طول انجامید (۵ خانواده که از هر خانواده ۴ نفر در ۸ جلسه درمانی جدا شرکت داشتند).

## ابزارهای پژوهش

آزمون خود متمایزسازی (DSI-R): این پرسشنامه نخستین بار در سال ۱۹۹۸ توسط اسکورن و فریدلندر<sup>۲۵</sup> با ۴۳ سؤال طراحی و اجرا شد. سپس در سال ۲۰۰۳ مورد بازبینی قرار گرفت و با ۴۶ سؤال و ۴ عامل تنظیم شد و به منظور سنجش میزان تمایز یافتگی افراد به کار می‌رود. تمرکز اصلی آن بر روابط مهم زندگی و ارتباطات جاری افراد با خانواده اصلی آن‌هاست (اسکورن و اسمیت، ۲۰۰۳).

این پرسشنامه با مقیاس لیکرت و در یک طیف ۶ گزینه‌ای درجه‌بندی شده و از ۴ خرده‌مقیاس گسلس عاطفی<sup>۲۶</sup>، واکنش هیجانی<sup>۲۷</sup>، امتزاج با دیگران<sup>۲۸</sup> و موقعیت من<sup>۲۹</sup> تشکیل شده است. در پژوهش اسکورن و اسمیت (۲۰۰۳) ضریب اعتبار کل آزمون ۰/۹۲ بدست آمده است.

این آزمون در ایران توسط یونسی (۱۳۸۵) بر روی نمونه عادی هنجاریابی شده و اعتبار آن از طریق بازآزمایی و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵، واکنش هیجانی ۰/۷۷، موقعیت من ۰/۶۰، گسلس عاطفی ۰/۶۵ و امتزاج با دیگران ۰/۷۰ به دست آمده است.

روایی آزمون نیز از طریق تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفته و ۴ عامل با ارزش ویژه بالاتر از یک به دست آمده که در مجموع ۵۷/۶۷ واریانس را تبیین کرده است.

**ابزار سنجش خانواده (FAD):** این ابزار توسط اپشتاین، بالدوین، بیشاب<sup>۳۰</sup> (۱۹۸۳)، تهیه شده و هدف آن سنجش کارکرد خانواده است. ابزار سنجش خانواده یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است که برای سنجیدن کارکرد خانواده بر مبنای الگوی مک‌مستر<sup>۳۱</sup> تدوین شده است و شش بعد حل مشکل، ارتباطات، نقش‌ها، همراهی<sup>۳۲</sup> عاطفی، آمیزش<sup>۳۳</sup> عاطفی و کنترل رفتار از کارکرد خانواده را مشخص می‌کند و علاوه بر این خرده‌مقیاس هفتم مربوط به کارکرد کلی خانواده نیز به آن اضافه شده است.

گرچه پرسشنامه فعلی ۶۰ سؤالی است، اما مطالعات اولیه مبتنی بر یک مقیاس ۵۳ سؤالی بوده که ۷ سؤال به آن اضافه شده که در پرسشنامه مشخص شده است (ثنایی، ۱۳۷۹). این ابزار با ضرایب آلفای خرده‌مقیاس‌های خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است.

جدای از خرده‌مقیاس کارکرد کلی، شش خرده‌مقیاس دیگر این ابزار از استقلال مناسبی برخوردارند و تا حدی دارای روایی همزمان و پیش‌بین هستند. به علاوه این ابزار با قدرت متمایزسازی اعضای خانواده‌های بالینی و خانواده‌های غیربالینی، در هر هفت خرده‌مقیاس دارای روایی خوبی برای گروه‌های شناخته شده است (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳).

### شیوه اجرا

پس از انتخاب نمونه، بر اساس ملاک‌های ورودی که برای معتادان و اعضای خانواده‌های آن‌ها در نظر گرفته شده بود، در ابتدا اهداف و ویژگی‌های مطالعه به افراد توضیح داده شد و با تمایل آن‌ها، انجام مداخله شروع شد. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شده و حدود ۱ هفته قبل از انجام مداخله هر کدام از شرکت‌کنندگان یکبار پرسشنامه‌های تمایز یافتگی و ابزار سنجش خانواده را به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس مداخله‌ای بر اساس رویکرد سیستمی بوئن به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته با هر کدام از خانواده‌هایی که در گروه آزمایش جایگزین شدند به صورت جداگانه انجام گردید که این جلسات به صورت هفتگی بوده و با توافق هر خانواده زمان آن مشخص می‌شد. در ضمن گروه کنترل فقط درمان متعارف بهزیستی/ وزارت بهداشت را دریافت می‌کردند. بعد از اتمام جلسات درمانی به عنوان پس‌آزمون، یکبار دیگر تست‌ها در هر دو گروه کنترل و آزمایش اجرا شده و پس از آن بر مبنای داده‌های به دست آمده، نتایج مورد بررسی قرار گرفتند.

### عناوین و اهداف جلسات درمانی

جلسه	عناوین و اهداف درمانی
اول	آشنایی با اعضاء، کمک به درک مشکل اعتیاد و عوامل خانوادگی مؤثر در آن و تأثیر آن بر خانواده
دوم	ارزیابی خانواده، ترسیم ژنوگرام اعضاء و بررسی الگوهای آنها
سوم	آشنایی و کار بر روی مفهوم تمایز یافتگی و توضیح در مورد جدایی افکار از احساس و جدایی فرد از خانواده، ارزیابی افراد در این خصوص
چهارم	آشنا کردن اعضاء با مفهوم هم وابستگی و چگونگی بهبودی در آن
پنجم	آشنایی خانواده با مفاهیم مثلث سازی و نظام عاطفی خانواده هسته ای و تأثیر آنها در ایجاد و تداوم مشکل
ششم	آشنایی خانواده با مفاهیم فراقکنی خانوادگی و گسلس عاطفی و تأثیر آنها در مشکلات خانواده
هفتم	آشنایی اعضاء با وضعیت همشیرها و فرآیند انتقال چند نسلی
هشتم	مروری بر تمامی جلسات و راهبردهای نهایی برای بهبود وضعیت

منبع: (مرکز آموزشی درمانی بوئن، ۲۰۰۹؛ گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۰؛ گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۵؛ وایتفیلد، ۱۳۸۱؛ بارکر، ۱۳۸۲؛ پیرمرادی، ۱۳۷۹).

### یافته‌ها

مشخصه‌های آماری داده‌های به دست آمده از دو پرسشنامه تمایز یافتگی و کارکرد خانواده در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: اطلاعات توصیفی گروه نمونه مداخله

کنترل	آزمایش		
۱۰	۹	زن	جنسیت
۱۰	۱۱	مرد	
۷	۵	زیر دیپلم	تحصیلات
۱۳	۱۵	بالای دیپلم	
۱	۳	زیر ۲۰ سال	سن
۹	۷	بین ۲۰ تا ۴۰ سال	
۱۰	۱۰	بالای ۴۰ سال	

جدول ۲: مشخصه‌های آماری تمایز یافتگی و کارکرد خانواده در دو گروه

گروه کنترل		گروه آزمایش						پرسشنامه
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۲۸/۶۶	۱۲۸/۷۵	۱۴/۳۹	۱۲۲/۴	۱۷/۲۸	۱۸۶/۸	۲۲/۴۶	۱۵۱/۹۱	
۱۲/۳	۱۴۸/۹۵	۱۰/۲۴	۱۵۱/۹	۱۲/۳۳	۱۱۰/۴۵	۱۹/۴	۱۵۲/۸۵	کارکرد خانواده

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش میانگین تمایز یافتگی در موقعیت پس‌آزمون افزایش یافته و میانگین کارکرد خانواده کاهش داشته است، ولی در مورد گروه کنترل چنین تغییر چشمگیری مشاهده نمی‌شود.

برای اطمینان از همسانی دو گروه از لحاظ مشخصه‌های تمایز یافتگی و کارکرد خانواده در موقعیت پیش‌آزمون، از مقایسه واریانس‌ها و میانگین‌ها استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: مقایسه واریانس‌ها و میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل در موقعیت پیش‌آزمون

آزمون معناداری میانگین‌ها			آزمون معناداری واریانس‌ها		پرسشنامه
مقدار احتمال	درجه آزادی	آماره T	مقدار احتمال	آماره F	
۰/۵۹	۳۲/۳۵	-۰/۵۴	۰/۱۳	۲/۳۵	تمایز یافتگی
۰/۸۴	۲۸/۸۲	۰/۱۹	۰/۰۱	۶/۹۱	کارکرد خانواده

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین نمرات میانگین تمایز یافتگی و کارکرد خانواده، در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین می‌توان گروه‌ها را همسان فرض کرد. هم‌چنین مقدار F لوین برای تمایز یافتگی معنادار نیست، ولی برای کارکرد خانواده معنادار است. با توجه به این امر مقدار T با فرض ناهمگونی واریانس‌ها در نظر گرفته شد. با توجه به عدم معناداری تفاوت‌های دو گروه در پیش‌آزمون هر دو متغیر، می‌توان نتیجه گرفت که افراد دو گروه پیش از اجرای مداخله از لحاظ تمایز یافتگی و کارکرد خانواده همگون هستند.

تحلیل نتایج با استفاده از تحلیل کوواریانس: برای بررسی تأثیرگذاری آموزش‌های ارائه شده، اطمینان از تأثیرگذاری و مقدار آن، مقایسه بین گروه‌های کنترل و آزمایش، و همچنین برای تعدیل تأثیر نمرات پیش‌آزمون بر پس‌آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در تحلیل کوواریانس فرض بر این است که یک یا چند متغیر کمی (همپراش) بر متغیر وابسته به شکل خطی نفوذ کند. این متغیر کمی مستقل (همپراش) به منظور زدودن اثر توروش ناشی از گروه‌هایی که از لحاظ متغیر مستقل کمی جور نشده، در تحلیل وارد می‌شود (هومن، ۱۳۸۰). بنابراین برای پاسخگویی به فرضیه پژوهش، داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد بررسی قرار گرفتند، که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس چند متغیری نمره‌های پس‌آزمون تمایز یافتگی و کارکرد خانواده با آموزش نمره‌های همپراش پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	مقدار احتمال	ضریب Eta
خانواده درمانی	تمایز یافتگی	۳۲۸۷۸/۱۷	۱	۹۲/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	کارکرد	۱۵۰۷۹/۷	۱	۱۱۴/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶
پیش‌آزمون تمایز یافتگی	تمایز یافتگی	۲۷۲۳/۵۲	۱	۷/۲۷	۰/۰۱	۰/۱۷
	کارکرد	۱۱/۸۴	۱	۰/۱۷	۰/۶۷	۰/۰۰۵
پیش‌آزمون کارکرد خانواده	تمایز یافتگی	۹۸۰/۰۷	۱	۲/۶۳	۰/۱۱	۰/۰۶
	کارکرد	۲۰۳۱/۴۶۶	۱	۲۵/۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵
خطا	تمایز یافتگی	۱۲۴۰۱/۱۸	۳۶			
	کارکرد	۱۴۱۲/۸	۳۶			
کل	تمایز یافتگی	۱۰۴۵۷۳۳	۴۰			
	کارکرد	۶۹۳۴۷۰	۴۰			

چنان‌که در جدول ۴ دیده می‌شود، F محاسبه شده برای اثر خانواده‌درمانی سیستمی بوئن بر هر دو متغیر یعنی تمایز یافتگی ( $F=93/69$ ) و کارکرد خانواده ( $F=224/9$ ) تأثیر داشته است. با توجه به میانگین دو گروه که در جدول ۱ آورده شده بود، گروه آزمایش در متغیر تمایز یافتگی، میانگینی بیشتر و در متغیر کارکرد خانواده، میانگینی کمتر نسبت به گروه کنترل به دست آورده است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که خانواده‌درمانی سیستمی بوئن باعث افزایش تمایز یافتگی و بهبود کارکرد خانواده شده است.

هم‌چنین مشاهده می‌شود که F محاسبه شده برای اثر پیش‌آزمون بر متغیرهای تمایز یافتگی و کارکرد خانواده، از لحاظ آماری معنادار نیست. از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش تحت تأثیر نمرات پیش‌آزمون قرار نگرفته است. مقادیر مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که خانواده‌درمانی سیستمی بوئن در خانواده‌های معتاد، برای تمایز یافتگی ۷۲ درصد و کارکرد خانواده ۸۶ درصد واریانس هر کدام از این مؤلفه‌ها را تبیین می‌کند.

## بحث

جستجوهای پژوهشگر در پیشینه و ادبیات تحقیقی موجود در زمینه خانواده‌درمانی سیستمی بوئن در خانواده‌های معتاد نشان می‌دهد که اگرچه محققان و درمانگران از مدت‌ها قبل متوجه نقش مهم روابط عاطفی در زندگی خانوادگی و تمایز یافتگی در اعتیاد و کارکرد خانواده شده‌اند، متأسفانه هیچ بررسی علمی کنترل شده‌ای که اثر این نوع درمان را نشان دهد، ارائه نشده است و صرفاً تجارب علمی در این زمینه وجود دارد. به عنوان مثال لتی<sup>۳۴</sup> (۲۰۰۵) در تحقیقی به ارتباط تمایز یافتگی در تئوری بوئن با مصرف الکل به صورت کلی و هم‌چنین ارتباط آن با سوءمصرف در میان دانشجویان می‌پردازد. پژوهش او بر این فرض استوار است که دانشجویان با تمایز یافتگی پایین احتمال بیشتری دارد که به مصرف الکل بپردازند، و به این نتیجه منجر شده است که تمایز یافتگی بالا به عنوان یک عامل نگهدارنده در مقابل خطر مصرف الکل و مواد مخدر، و تمایز یافتگی پایین افراد را داوطلب خطر ورود به این طبقه‌بندی تشخیصی (اعتیاد) می‌کند. هم‌چنین در مطالعه‌ای دیگر نیز اختلال سوءمصرف مواد با مشکلات ارتباطی و تمایز یافتگی پایین ارتباط داشت (افارل و بیچلر، ۱۹۸۷؛ نقل از توربرگ و لیورس، ۲۰۰۶؛ اسکورون و فریدلندر، ۱۹۹۸).

در تحقیق نیرمالا<sup>۳۵</sup> (۲۰۰۵)، آورده شده است که اعضای خانواده درگیری شدید و نزدیکی با جنبه‌های اعتیادی دارند. واکنش خانواده در مقابل اعتیاد و هم‌چنین در قبال فرد معتاد نقش زیادی در اعتیاد، درمان، مراقبت بعد از درمان، بهبودی و یا بازگشت ناگهانی دارد.

والش و مک‌گلدریک (۱۹۸۸)، اظهار کردند که کارکرد موفق در زندگی آینده تحت تأثیر کارکرد خانواده قرار دارد و مستلزم انعطاف‌پذیری در ساختار، نقش‌ها و مسئولیت‌ها در نیازهای رشدی جدید است (نقل از کیم، ۲۰۰۲)، که یکی از تغییرات ایجاد شده در این مطالعه، تغییر در سطح تمایز یافتگی افراد بوده است. بنابراین می‌توان گفت که تمایز یافتگی با کارکرد خانواده ارتباط مستقیم داشته و بهبودی در یکی از این متغیرها، پیشرفت و بهبودی در دیگر متغیر را نیز موجب می‌شود، که در این تحقیق نیز این مسئله به اثبات رسید.

به طور کلی تئوری بوئن چهارچوب راهنمایی خوبی در مورد فهم بهتر رفتارهای انسانی، کارکرد خانواده و شکل‌گیری علائم در افراد و خانواده‌ها فراهم می‌کند (ناث<sup>۳۶</sup>، ۲۰۰۳).

تئوری سیستم‌های خانواده و تئوری دل‌بستگی، شباهت‌های زیادی با هم دارند و در اصل مکمل یکدیگرند. در مقاله راتبام<sup>۳۷</sup> و همکاران (۲۰۰۲) که به صورت بین فرهنگی و مروری صورت گرفته، این طور نتیجه‌گیری شده است که پویایی‌ها در خانواده به عنوان فکر و الگوی فرهنگ غربی توصیف شده‌اند. شواهد حاکی از کشور ژاپن نشان می‌دهد که رابطه بیش از حد صمیمی و نزدیکی در روابط مادر و کودک رایج است و به عنوان یک نیروی تعادل پذیرفته شده است. علاوه بر این در ژاپن تأکید کمی بر روابط انحصاری و خصوصی زوجین وجود دارد و برای پدر و مادر نیاز کمتری برای تنها و با هم بودن احساس می‌شود، و آن‌ها فرصت کمی برای حل تعارضات خود با روابط آزاد و باز دارند. بنابراین الگوهای ناسازگارانه‌ای که به فراوانی در تئوری‌های غربی به وجود می‌آید و در آن به تشریح عوامل تعارض‌زا در خانواده‌ها بر اساس مشکلات این چنینی فرهنگ شرقی پرداخته می‌شود، ممکن است کارکرد بسیار متفاوتی در این فرهنگ‌ها داشته باشد. در حالی که عقیده بر این است که این تئوری‌ها باید آن قدر قوی و غنی بوده و یکپارچگی داشته باشند که به راحتی در فرهنگ‌های دیگر کاربرد داشته و قابل پیش‌بینی باشند.

این موضوع در فرهنگ ایرانی نیز به راحتی قابل مشاهده است و رابطه بیش از حد نزدیک در روابط اعضای خانواده وجود دارد. وجود تمایز یافتگی کم و عدم تفاوت آن در افراد گروه‌های مختلف فرهنگی، اقتصادی، شغلی و تحصیلی که قبل از اجرای مداخله به آزمایش گذاشته شد، این مسئله را به اثبات رساند.

در یک خانواده بدکارکرد مشکلاتی برای بقاء وجود دارد، بنابراین هر کسی نیاز دارد که برای زنده ماندن و عادی بودن به نوعی خود را با آن وفق دهد. این در کودکی خوب است، اما در نوجوانی یا بزرگسالی در برخورد با دنیای اطراف کارکرد خوب گذشته را ندارد. در خانواده‌های غیر اعتیادی، مرزها بسیار واضح هستند و هر کسی به ایفای نقش خود در خانواده می‌پردازد. زمانی که اعتیاد اتفاق می‌افتد، همشیرها به شخص معتاد به عنوان یک بیمار توجه نمی‌کنند و تصمیمات و افکار افراد، سالم نیست. همه چیز در این خانواده‌ها تغییر می‌کند و نقش‌ها نامشخص می‌شوند. در خانواده‌هایی با این موقعیت خاص، مادر نقش تواناسازی و بهانه آوردن برای رفتارهای نادرست دارد و ناخواسته باعث پذیرش مشکلات می‌شود. والدین به شدت حمایت‌کننده‌اند و شرایط سختی دارند. بنابراین آن‌ها شروع به رنجش و خشم و درگیری‌های لفظی می‌کنند. آن‌ها خود را سرزنش کرده و فکر می‌کنند که اشتباهی در والدگری داشته‌اند و هم‌چنین آن‌ها تصور می‌کنند که کار اصلی آن‌ها در زندگی باید خوشحال و راضی نگه داشتن بچه‌ها به هر نحو ممکن است، در حالی که در اشتباهند و روی پوست تخم‌مرغ راه می‌روند، به دلیل این که در حال حاضر مشکل اعتیاد به وجود آمده است (هانسیکر<sup>۳۸</sup>، ۲۰۰۸). اگر در این روابط و ادراک‌ها مداخله‌ای در جهت بهبودی صورت گیرد، هم فرد معتاد و هم سایر اعضای خانواده زندگی رضایت‌مندتری را تجربه خواهند کرد.

## یادداشت‌ها

- |                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Rahdert & Czechowicz | 20. Family System Institute    |
| 2. Bowen                | 21. Gandy                      |
| 3. Haley                | 22. Daivis                     |
| 4. Minuchin             | 23. Lawsen                     |
| 5. Peckman              | 24. O'Farrell                  |
| 6. Herie                | 25. Skowron & Friedlander      |
| 7. Godden               | 26. Emotional cutoff (EC)      |
| 8. Shenfeld             | 27. Emotional reactivity (ER)  |
| 9. Kelly                | 28. Fusion with others (FO)    |
| 10. Codependency        | 29. "I" position (IP)          |
| 11. Undifferentiation   | 30. Epstein, Baldwin, Bishop   |
| 12. Fritzlan            | 31. McMaster Model             |
| 13. Differentiation     | 32. Involvement Responsiveness |
| 14. Codependency        | 33. Involvement                |
| 15. Selm                | 34. Latty                      |
| 16. Klever              | 35. Nirmala                    |
| 17. Heras               | 36. Knauth                     |
| 18. Walsh               | 37. Routhbaum                  |
| 19. Beavers             | 38. Hunsicker                  |

## منابع

- ثنائی، ب. (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- چیریلیو، ا.، برینی، ر.، کامبیازو، ج.، و مازا، ر. (۱۳۷۹). اعتیاد به مواد مخدر در آئینه روابط خانوادگی (ترجمه و تدوین س. پیرمرادی). اصفهان: نشر همام. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۵)
- محسنیان، م.، کرملو، س.، و گنجوی، آ. (۱۳۸۶). رابطه میان تمایز یافتگی خود و هوش هیجانی در متقاضیان طلاق. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۳(۱۲)، ۸۲۷-۸۳۷.
- مرادی، م. (۱۳۸۰). بررسی تأثیر خانواده‌درمانی شناختی به روش ساختی بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق شهرستان اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- نوری، ف. (۱۳۸۴). بررسی ارتباط بین الگوهای تربیتی خانواده با اعتیاد (گزارش طرح پژوهشی). دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد (مؤسسه داریوش).
- هومن، ح. ع. (۱۳۸۰). تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری (چاپ دوم). تهران: انتشارات پیک فرهنگ.
- هومن، ح. ع. (۱۳۸۴). شناخت روش علمی در علوم رفتاری (چاپ ششم). تهران: نشر پارسا.
- یونسی، ف. (۱۳۸۵). هنجاریابی و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون خودمتمایزسازی در بین افراد ۵۰-۲۵ ساله. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

Beavers, R. W. (1988). A systems model of family for family therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 229-307.

- Bowen Center for the Study of the Family (2009). *Family Center News* [On-line]. Available: [www.thebowencenter.org](http://www.thebowencenter.org).
- Chan, J. G. (2003). An examination of family-involved approaches to alcoholism treatment. *The Family Journal*, 11(2), 129-138.
- Gandy, P. (2007). *A psychoeducational group treatment model for adolescents with behavior problems based on an integration of Bowen theory (BT) and Rational-Emotive Therapy (RET)*. Doctoral dissertation of California school of professional psychology.
- Heras, J. E. (2008). *A clinical application of Bowen family systems theory* [On-line]. Available: [www.thebowencenter.org](http://www.thebowencenter.org)
- Herie, M., Godden, T., Shenfeld, J., & Kelly, C. (2006). *Addiction, an information guide*. Canada: Publication services center for addiction and mental health.
- Hunsicker, R. (2008). *Effect on the family, dysfunctional families and addictions* [On-line]. Available: [www.findinghopeinrecovery.com](http://www.findinghopeinrecovery.com)
- Kaufman, E. (1980). Myth and reality in the family patterns and treatment of substance abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 7(3& 4), 257-279.
- Kim, D. (2002). The relationship between Bowen's concept of differentiation of self and psychological symptom status in individuals age 62 years and older. Doctoral dissertation presented in university of Akron.
- Klever, Ph. (2009). Goal differentiation effectiveness, emotional maturity, and nuclear family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(3), 303-316.
- Latty, Ch. R. (2005). Effects of differentiation on college student. Doctoral dissertation of Psychotherapy in Michigan State University.
- Nirmala, M. Ch. (2005). *The family and drug addiction* [On-line]. Available: [www.thebowencenter.org](http://www.thebowencenter.org)
- O'Farrell, J., & Stewart, T. (2003). Alcohol abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 121-146.
- Peckman, F. A. (1985). Family functioning and college student adjustment [On-line]. Available: <http://proquest.umi.com>
- Rahdert, E., & Czechowicz, D. (1995). Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic interventions. National Institute of Drug Abuse (NIDA) research monograph. Available: <http://proquest.umi.com>
- Rothbaum, F., Rosen, K., Ujii, T., & Uchida, N. (2002). Family system theory, attachment theory and culture. *Journal of Family Process*, 41(3), 328-351.
- Selm, L. J. (2002). A family system approach to treatment of addictive disorders: Confluence of two exiting constructs. Doctoral dissertation in La Salle University. Available: <http://proquest.umi.com>
- Skowron, E. A., Friedlander, M. L. (1998). The differentiation of self inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling & Psychology*, 45(3), 235-246.
- Skowron, E. A., Schmitt, A. T. (2003). Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 209-222.
- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2005). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Journal of Addictive Behaviors*, 31(4), 732-745.