

## اثربخشی خانواده درمانی سیستمی بوئن بر تمایز یافتگی و کارکرد خانواده‌های دارای فرزند معتاد

فاطمه غفاری<sup>۱</sup>، حسن رفیعی<sup>۲</sup>، محمدباقر ثنائی ذاکر<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۰۱/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۰۳/۲۰

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی خانواده درمانی سیستمی بوئن بر افزایش تمایز یافتگی و بهبود کارکرد خانواده‌های دارای فرزند معتاد انجام شده است. **روش:** این مطالعه از نوع طرح‌های شبه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه گواه است. گروه نمونه‌ی این پژوهش به طور داوطلبانه از میان مراجعان مجرد معتاد و اعضای خانواده‌های آن‌ها از چهار مرکز درمانی اعتیاد انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۵ خانواده ۴ نفره) و گواه (۵ خانواده ۴ نفره) جایگزین شدند. گروه آزمایش، هشت جلسه‌ی دو ساعته بر اساس تئوری سیستمی بوئن تحت خانواده درمانی قرار گرفتند و در این مدت، گروه گواه فقط درمان متعارف بهزیستی/وزارت بهداشت را دریافت می‌کردند. پرسشنامه‌های تمایز یافتگی و ابزار سنجش خانواده بر روی هر دو گروه اجرا شد. **یافته‌ها:** خانواده درمانی سیستمی بوئن موجب افزایش تمایز یافتگی و بهبود کارکرد افراد معتاد و اعضای خانواده‌های آن‌ها شد. **بحث و نتیجه گیری:** افراد معتاد و خانواده‌های آن‌ها تمایز یافتگی پایینی دارند که این امر موجب بدکارکردی خانواده می‌شود. خانواده درمانی سیستمی بوئن می‌تواند در این زمینه کاربرد داشته باشد.

**کلید واژه‌ها:** خانواده درمانی سیستمی بوئن، اعتیاد، تمایز یافتگی، کارکرد خانواده

۱. نویسنده مسؤل: کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۲. استادیار گروه رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳. استاد گروه مشاوره دانشگاه تربیت معلم تهران

## مقدمه

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

اجبار به مصرف مواد می‌تواند کل زندگی فرد را تحت تاثیر قرار داده و اغلب منجر به دامنه وسیعی از رفتارهای بیمارگونه شده و کارکرد طبیعی فرد را در خانواده، محیط کار و اجتماع مختل کند. از طرفی دیگر، دلبستگی و پیوند خاصی بین اعضای یک خانواده وجود دارد و آن‌ها نگران یکدیگرند و از هم دفاع، حمایت و پشتیبانی می‌کنند، بنابراین در این حالت، کارکرد سایر افراد خانواده نیز مختل می‌گردد (راه‌درد و زچاویکس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). تئوری‌های خانواده درمانی (بوئن<sup>۲</sup>، ۱۹۷۸؛ هی‌لی<sup>۳</sup>، ۱۹۶۷؛ مینوچین<sup>۴</sup>، ۱۹۷۴) نیز بیان می‌کنند که کارکرد خانواده و فرد به هم وابسته هستند، به این معنی که مشکلات فرد، مشکلات خانواده را منعکس می‌کند و بالعکس (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 (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 آن رو 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 (پیرمرادی، ۱۳۷۹).

اعضای این خانواده‌ها هر کدام به نوعی گرفتار و درگیر فرد معتاد و مسائل و مشکلات مربوط به او هستند و تمایز یافتگی کمی از خانواده‌های خود دارند و قادر نیستند فکر و احساس

1. Rahdert & Czechowicz  
5. Peckman  
9. Kelly

2. Bowen  
6. Herie

3. Haley  
7. Godden

4. Minuchin  
8. Shenfeld

خود را از دیگران متمایز کنند و به راحتی با احساساتی که خانواده به آن‌ها تحمیل می‌کند، آشفته می‌شوند و این هم‌وابستگی<sup>۱</sup> و نیز تمایز نیافتگی<sup>۲</sup> است (فريتزلن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). یکی از ویژگی‌های خانواده سالم، کمک به اعضاء خود در جهت تمایز یافتگی<sup>۴</sup> است، به این معنا که افراد خانواده یاد بگیرند، کارکرد عقلانی و احساسی خود را از هم و کارکرد خود را از اعضاء خانواده تفکیک دهند. تمایز یافتگی پایین در اعتیاد و هم‌وابستگی افراد به فرد معتاد و رفتارهای اعتیادی تاثیر زیادی دارد و کار بر روی این مشکل بر بهبود و سلامت روان آن‌ها اثرگذار خواهد بود (سلم<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). 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>۶</sup>، ۲۰۰۹). در تئوری سیستمی بوئن تمامی نشانه‌ها مانند: بیماری‌های روانی، بیماری‌های جسمی، سوء مصرف مواد و مشکلات اجتماعی با شکست در انطباق با سیستم، خود تمایز سازی اندک و مبالغه در فرآیند عاطفی ارتباط مثبتی دارد (هراس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸).

با توجه به موارد ذکر شده، اگر خانواده‌ای کارکرد گرا باشد، افرادی سالم پرورش خواهد داد. در تعریف خانواده سالم و کارآمد گفته می‌شود که آن «سیستمی باز است که اعضاء آن در عین حالی که از روابط عاطفی گرمی با هم برخوردارند، هویت فردی خود را حفظ می‌کنند». در این گونه خانواده‌ها، عشق به صورت نامشروط است و اعضاء پذیرای یکدیگر هستند، آستانه تحمل افراد در مقابل کشمکش و اضطراب بالا است و به هنگام نیاز، داوطلبانه درصدد یاری و خواهان آن هستند (والش<sup>۸</sup>، ۱۹۸۸؛ نقل از مرادی، ۱۳۷۹). در مقابل، در خانواده‌های کژکارکرد، ارتباطات رضایت بخشی وجود ندارد و مشکلات فراوانی در مرزهای بین فردی وجود دارد، افراد دارای روحیه پایین بوده و احساس افسردگی، فراگیر است (بیورز، ۱۹۸۲).

درمانگران منظومه‌های خانواده بوئن بر این باورند که تمام اختلالاتی که در کارکرد خانواده وجود دارد، از جمله سوء مصرف مواد از مدیریت ناکارای اضطراب در سیستم خانواده ناشی می‌شود و اعتیاد برای افراد و خانواده‌ها به عنوان راهی برای کنترل اضطراب

1. codependency  
5. Selm  
9. Beavers

2. undifferentiation  
6. Klever

3. Fritzlän  
7. Heras

4. differentiation  
8. Walsh

نگریسته می‌شود. از این رو هدف اصلی درمان بوئنی، کاهش اضطراب مزمن به وسیله ۱- آگاه کردن از سیستم عاطفی خانواده و ۲- افزایش سطح تمایز و تمرکز بر تغییر خود به جای سعی در تغییر دادن دیگران است (بوئن، ۱۹۷۸). کروبوئن (۱۹۸۸) عنوان می‌کند که رابطه بین اعضای یک خانواده به طور مستقیمی با کارکرد هر یک از اعضاء ارتباط دارد و توانایی هر یک از اعضاء برای کارکرد فردی، ارتباط مستقیمی با کارکرد کل خانواده دارد (به نقل از گاندی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

از این رو درمان اعتیاد در دیدگاه بوئن نیز شامل آموزش به تمام اعضای خانواده در مورد کارکرد سیستم و کاهش سطح اضطراب خانواده و بهبود تمایز یافتگی تمام اعضای خانواده است (بوئن، ۱۹۷۴؛ دیویس<sup>۲</sup>، ۱۹۸۰؛ به نقل از چان، ۲۰۰۳). شواهد رو به 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>۳</sup>، ۲۰۰۳)، همان‌طور که کافمن (۱۹۸۰) نیز عنوان کرد، خانواده درمانی بُعد مهمی از درمان سوء مصرف 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. در این مطالعه سعی شده اثربخشی خانواده درمانی بر اساس تئوری سیستمی بوئن بر تمایز یافتگی و کارکرد خانواده در خانواده‌های دارای عضو معتاد بررسی شود.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی است که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه مراجعان مجرد معتاد و اعضای خانواده‌های آن‌ها در مراکز درمانی ترک اعتیاد رازی، ثامن، همراهان سلامت و ناجی شرق می‌باشد. 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 گواه 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).

## ابزار

۱- پرسشنامه خود متمایز سازی (DSI-R): این پرسشنامه نخستین بار در سال ۱۹۹۸ توسط اسکورن و فریدلندر<sup>۱</sup> با ۴۳ سوال 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 آن‌ها است (اسکورن و اسمیت، ۲۰۰۳). این پرسشنامه با مقیاس لیکرت و در یک طیف شش گزینه‌ای درجه‌بندی شده است و از چهار خرده مقیاس گسلش عاطفی<sup>۲</sup>، واکنش هیجانی<sup>۳</sup>، امتزاج با دیگران<sup>۴</sup> و موقعیت من<sup>۵</sup> تشکیل شده است. در پژوهش اسکورن و اسمیت (۲۰۰۳)، ضریب اعتبار کل آزمون ۰/۹۲ به دست 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، گسلش 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 چهار عامل با ارزش ویژه بالاتر از یک به دست آمده که در مجموع ۵۷/۶۷ واریانس را تبیین می‌کرده است.

۲- ابزار سنجش خانواده (FAD): این ابزار توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب<sup>۶</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 مک مستر<sup>۷</sup> تدوین شده است و شش بُعد حل مشکل، ارتباطات، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی

1. Skowron & Friedlander  
4. fusion with others  
7. McMaster Model

2. emotional cutoff  
5. "I" position

3. emotional reactivity  
6. Epstein, Baldwin & Bishop

و کنترل رفتار از کارکرد خانواده را مشخص می‌کند و علاوه بر این، خرده مقیاس 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 است، این سوالات در پرسشنامه مشخص شده است (ثنائی، ۱۳۷۹). این ابزار با ضرایب آلفای خرده مقیاس‌های خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی خوبی برخوردار است. صرف نظر از خرده مقیاس کارکرد کلی، شش خرده مقیاس 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 خرده مقیاس دارای روایی خوبی برای گروه‌های شناخته شده است (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳).

## روش اجرا

پس از انتخاب نمونه، براساس 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 ابراز تمایل آن‌ها، انجام مداخله شروع شد. شرکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شده و یک هفته قبل از انجام مداخله، هر کدام از شرکت کنندگان یک بار پرسشنامه‌های تمایز یافتگی و ابزار سنجش خانواده را به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند. سپس مداخله‌ای بر اساس رویکرد سیستمی بوئن به مدت هشت جلسه دو ساعته با هر کدام از خانواده‌هایی که در گروه آزمایش قرار داشتند به صورت جداگانه انجام گردید که این جلسات به صورت هفتگی بوده و با توافق هر خانواده زمان آن مشخص شد، در ضمن، گروه گواه فقط درمان متعارف بهزیستی / وزارت بهداشت را دریافت می‌کردند. بعد از اتمام جلسات درمانی به عنوان پس آزمون، یک بار دیگر تست‌ها در هر دو گروه گواه و آزمایش اجرا شده و پس از آن پرمبنای داده‌های به دست آمده، نتایج مورد بررسی قرار گرفت.

**جدول ۱: عناوین و اهداف جلسات درمانی**

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

**یافته‌ها**

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون و گروه در جدول زیر ارائه شده است.

**جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون و گروه**

گروه آزمون		گروه گواه		پیش آزمون		پس آزمون		متغیرها
انحراف میانگین استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۲۸/۶۶	۱۲۸/۷۵	۱۴/۳۹	۴۰	۱۷/۲۸	۱۸۶/۸۰	۲۲/۴۶	۱۵۱/۹۱	تمایز یافتگی
۱۲/۳۰	۱۴۸/۹۵	۱۰/۲۴	۹۰	۱۲/۳۳	۱۱۰/۴۵	۱۹/۴۰	۱۵۲/۸۵	کارکرد خانواده

برای بررسی تاثیر گذاری آموزش‌های ارائه شده، از تحلیل کواریانس به شرح زیر استفاده شد.

**جدول ۳: تحلیل کواریانس چند متغیری نمره‌های تمایز یافتگی و کارکرد خانواده برای بررسی اثر خانواده‌درمانی**

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب اتا
تمایز یافتگی	۳۴۸۷۸/۱۷	۱	۹۳/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲
کارکرد خانواده	۱۵۰۷۹/۷۰	۱	۲۲۴/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶

چنانچه در جدول فوق ارائه شده است، خانواده درمانی سیستمی بوئن هم بر تمایز یافتگی ( $F=93/69, P<0/001$ ) و هم بر کارکرد خانواده ( $F=224/90, P<0/001$ ) موثر بوده است. با توجه به میانگین دو گروه که در جدول شماره یک ارائه شده، گروه آزمایش در متغیر تمایز یافتگی، میانگینی بیشتر و در متغیر کارکرد خانواده، میانگینی کمتر نسبت به گروه گواه به دست آورده است. از این رو می توان نتیجه گرفت که خانواده درمانی سیستمی بوئن باعث افزایش تمایز یافتگی و بهبود کارکرد خانواده شده است.

### بحث و نتیجه گیری

پیشینه تحقیقی موجود در زمینه خانواده درمانی سیستمی بوئن در خانواده های معتاد نشان می دهد که اگر چه محققان و درمانگران از مدت ها قبل متوجه نقش مهم روابط عاطفی در زندگی خانوادگی و تمایز یافتگی در اعتیاد و کارکرد خانواده شده اند اما متاسفانه هیچ بررسی علمی کنترل شده ای که اثر این نوع درمان را نشان دهد، ارائه نشده است. به عنوان مثال لئی<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) در تحقیقی به ارتباط تمایز یافتگی در تئوری بوئن با مصرف الکل به صورت کلی و همچنین ارتباط آن با سوء مصرف در میان دانشجویان می پردازد و پژوهش او بر این فرض استوار است که احتمال بیشتری دارد دانشجویان با تمایز یافتگی پایین به مصرف الکل پردازند 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 طبقه بندی تشخیصی (اعتیاد) می کند. همچنین در مطالعه ای دیگر نیز اختلال سوء مصرف مواد با مشکلات ارتباطی و تمایز یافتگی پایین، ارتباط داشت (افارل و بیچلر، ۱۹۸۷؛ به نقل از توربرگ و لیورس، ۲۰۰۶).

مالا<sup>۲</sup> (۲۰۰۵)، نیز در تحقیق خود اشاره کرده است که اعضای خانواده درگیری شدید و نزدیکی با جنبه های اعتیادی دارند و 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 مک گلدریک (۱۹۸۸)، اظهار کردند که کارکرد موفق در زندگی آینده تحت تأثیر



کارکرد خانواده قرار دارد و مستلزم انعطاف پذیری در ساختار، نقش‌ها و مسئولیت‌ها در نیازهای رشدی جدید است (به نقل از کیم، ۲۰۰۲). 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 چارچوب راهنمایی خوبی در مورد فهم بهتر رفتارهای انسانی، کارکرد خانواده و شکل‌گیری علائم در افراد و خانواده‌ها فراهم می‌کند (ناث، ۲۰۰۳). تئوری سیستم‌های خانواده و تئوری دلبستگی، شباهت‌های زیادی با هم دارند و در اصل مکمل یکدیگرند. در یک خانواده بدکارکرد مشکلاتی برای بقا وجود دارد، بنابراین هر کسی نیاز دارد که برای زنده ماندن و عادی بودن به نوعی خود را با آن وفق دهد. این امر در کودکانی مطلوب است، اما در نوجوانی یا بزرگسالی در برخورد با دنیای اطراف، کارکرد مطلوب 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 این 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 نقش والدگری خود داشته‌اند و همچنین آن‌ها تصور می‌کنند که کار اصلی آن‌ها در زندگی، خوشحال و راضی نگه داشتن بچه‌ها به هر نحو ممکن است، در حالی که در اشتباه‌اند و روی پوست تخم مرغ راه می‌روند، به دلیل اینکه در حال حاضر مشکل اعتیاد به وجود آمده است (هانسیکر، 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.

## منابع

- ثنائی، باقر (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. چاپ اول، تهران: انتشارات بعثت.
- چیریلیو، استفانو؛ برینی، روبرتو؛ کامبازو، جیانی؛ مازا، روبرتو (۱۳۷۹). *اعتیاد به مواد مخدر در آیین‌ها روابط خانوادگی*. ترجمه و تدوین سعید پیرمرادی، چاپ دوم، اصفهان: نشر همام.
- مرادی، محمود (۱۳۸۰). *بررسی تاثیر خانواده درمانی شناختی به روش ساختی بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق شهرستان اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد- رشته مشاوره، تهران: دانشگاه تربیت معلم.
- نوری، فرشته (۱۳۸۴). *بررسی ارتباط بین الگوهای تربیتی خانواده با اعتیاد*. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد (موسسه داریوش).
- یونسی، فاطمه (۱۳۸۵). *هنجاریابی و تعیین ویژگی‌های روان سنجی آزمون خودتمایز سازی در بین افراد ۵۰-۲۵ ساله*. پایان نامه کارشناسی ارشد- رشته مشاوره، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- Beavers, R.W. (1988). A systems model of family for family therapist. *Journal of marital and family therapy*, 7, 229-307.
- Chan, J. G. (2003). An examination of family-involved approaches to alcoholism treatment. *The Family Journal*, 11, 2, 129-138.
- Gandy, P. (2007). *A psycho educational group treatment model for adolescents with behavior problems based on an integration of Bowen theory and Rational-Emotive Therapy*. California school of professional psychology.
- Heras, J. E. (2008). *A clinical application of Bowen family systems theory*. Syracuse Family Center.
- Herie, M; Godden, T., Shenfeld, J., Kelly, C. (2006). *Addiction, an information guide*. Publication services center for addiction and mental health, Canada.
- Hunsicker, R. (2008). *Effect on the family, dysfunctional families and addictions*. Finding Hope in Recovery. 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*. 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 Dissertation of Psychotherapy in Michigan State University*.
- Nirmala, M. Ch. (2005). *The family and drug addiction*. Ministry of Social Justice and Improvement.
- 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. <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.
- 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*. Dissertation in La Salle University. <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.





پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی