

اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر درمان عاطفی بوئن بر کارکردهای تحولی خانواده و روان‌بندهای هیجانی ناسازگار زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

The effectiveness of family therapy based on Bowen's emotional treatment on developmental functions of family and maladaptive emotional schemes among women with major depressive disorder

Hamid Krgar Barzi
PH. D. Student of Psychology
Asgar Choubday
Psychology and Education of Exceptional
Children
Jafar Samari Safa
PH. D. Student of Counseling

حمید کارگر برزی
دانشجوی دکتری روانشناسی
عسگر چوبداری*
روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی
جعفر ثمری صفا
دانشجوی دکتری مشاوره

چکیده: وجود افسردگی در زنان می‌تواند سلامت جسم و روان آنها و تربیت فرزندان را به شکل منفی تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر درمان عاطفی بوئن بر کارکردهای تحولی خانواده و روان‌بندهای هیجانی ناسازگار زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. نمونه‌ای مشتمل بر ۴۰ نفر از زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که به بیمارستان‌های روانپزشکی شهر تهران مراجعه و تحت درمان دارویی قرار داشتند، انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت خانواده‌درمانی عاطفی بوئن قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری به مقیاس روان‌بندهای هیجانی (ESS) و پرسشنامه سنجش کارکردهای تحولی خانواده (DFFAQ) پاسخ دادند. یافته‌ها تفاوت معناداری را بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات کارکردهای تحولی خانواده و روان‌بندهای هیجانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان داد. براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که خانواده‌درمانی مبتنی بر درمان عاطفی بوئن، یک درمان مؤثر برای بهبود کارکردهای تحولی خانواده و کاهش روان‌بندهای هیجانی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است.

واژه‌های کلیدی: خانواده‌درمانی، کارکردهای خانواده، روان‌بندهای هیجانی، افسردگی اساسی

Abstract: Depression in women can negatively affect their mental and physical health and offspring. The purpose of the present study was to examine the effectiveness of family therapy based on Bowen's emotional treatment on developmental functions of family and reducing maladaptive emotional schemes among women with major depressive disorder. The research method was quasi experimental with pretest-posttest and follow-up with control group design. From all the women with major depressive disorder who referred to Tehran psychiatric hospitals, 40 women with major depressive disorder that were under medical treatment, selected and were randomly assigned to experimental and control groups (20 each). The experimental group received Bowen's emotional Family therapy and the control group did not receive any intervention. Both groups completed the Emotional Schemes Scale (ESS) and Developmental Family Functioning Assessment scale (DFFAQ) in three stages of pre-test, post-test and follow-up. Findings showed a significant difference between the performance of both experimental and control groups in the scores of developmental functions of family and emotional schemes in post-test and follow up stages. Based on the findings of this study, it can be concluded that family therapy based on Bowen's emotional treatment is effective in improving developmental functions of family and reducing maladaptive emotional schemes among women with major depressive disorder.

Keywords: Family therapy, family functions, emotional schemes, major depressive

* نشانی پستی نویسنده مسوول: دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی. پست الکترونیکی: asgar.choubday@yahoo.com

مقدمه

خانواده^۱، اساسی‌ترین واحد جامعه محسوب می‌شود که مشکل و اختلال در روند آن می‌تواند یکپارچگی جامعه را تحت تأثیر قرار دهد (زرهانی، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، خانواده، نخستین و مهمترین عامل رشد کودک، تأثیر عمده‌ای بر سلامت روانی فرزندان دارد (پورسینا، طهماسیان و صادقی، ۱۳۹۳). در این بین، زنان نقش محوری در خانواده ایفا می‌کنند چرا که سلامت جسم و روان آنها با سلامت جسم و روان پویایی اعضای خانواده رابطه مستقیم دارد (قربانی و گلچین، ۱۳۸۸). سازمان بهداشت جهانی^۲ سلامت روانی و جسمانی زنان را از شاخص‌های رشد یافتگی کشورها معرفی نموده است (یوسفی، براتیعلی و ارفان، ۱۳۸۹؛ به نقل از نظرپور و شیرینی، ۱۳۹۳). افسردگی^۳ از جمله اختلال‌هایی است که در بین زنان شیوع بالاتری دارد (لیم، تام، لو، هو، ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸) و سلامت روان آنها را به خطر می‌اندازد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). به‌طور کلی، افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی محسوب می‌شود که می‌تواند تأثیرات جدی و نامطلوبی بر سلامت روانی^۴ افراد از جمله اختلال در عملکرد، احساس درماندگی و حتی پایان دادن به زندگی را به همراه داشته باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). برآورد می‌شود که به‌طور متوسط، ۲۵ درصد افراد در طول عمر خود دوره‌هایی از افسردگی را تجربه می‌کنند و شیوع افسردگی در زنان به‌عنوان یک اختلال قابل تشخیص، ۱۶ درصد گزارش شده است (کاراکاس و پاتان، ۲۰۱۱). تقریباً در سراسر جهان و در همه کشورها و فرهنگ‌ها دیده شده است که شیوع اختلال افسردگی اساسی در زنان بیشتر از مردان است (سادوک، سادوک و رویبیز^۵، ۲۰۱۴). بر اساس ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶، اختلال افسردگی اساسی حداقل باید دو هفته طول بکشد، به‌طوری‌که شخص افسرده است یا علاقه خود را به اکثر فعالیت‌ها از دست می‌دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). افراد افسرده در اکثر مواقع روی جنبه‌های منفی خود تمرکز می‌کنند و جنبه‌های مثبت را

نادیده می‌گیرند. همچنین این افراد روی جزئیات یک مجموعه کلی تکیه می‌کنند و از سایر جنبه‌های کلی‌تر و واقعی آن مجموعه صرف نظر می‌کند. این تفکرات خطاهای شناختی^۷ نامیده می‌شوند (بک، ۲۰۱۱). فری (۲۰۰۷) معتقد است ریشه خطاهای شناختی را می‌توان در روان‌بنه‌های هیجانی^۸ جست‌وجو کرد.

روان‌بنه‌های هیجانی، به‌عنوان برنامه‌ها، مفاهیم و راهبردهای درگیر در پاسخ به یک هیجان تعریف شده‌اند که نقشی در درک و بیان آن هیجان بازی می‌کند (لیپی، ۲۰۰۲). از طرفی درک و بیان هیجان با خود انعکاسی مثبت، افزایش خودفهمی و سلامت جسمی بهتر مرتبط شده است (لیپی، تریچ و ناپلیتان، ۲۰۱۱). نظریه پردازان در حوزه آسیب‌شناسی روانی در تبیین اختلال‌های روانی، نقش و جایگاه متفاوتی را برای هیجانات قائل شده‌اند. افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجاناتشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیص اختلال‌های درونی‌سازی^۹ از قبیل افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند (رمضان‌زاده، مرادی و محمدخانی، ۱۳۹۴). امروزه گذشته از مدل‌های التقاطی^{۱۰}، بسیاری از نظریات شناختی نیز به نقش پررنگ هیجانات در تحول و تداوم اختلال‌های روانی به ویژه افسردگی پی‌برده‌اند، به‌طوری‌که بسیاری از آنها هیجانات را هم‌تراز با شناخت‌ها در ایجاد اختلال افسردگی می‌دانند و به سمت مدل‌های شناختی-هیجانی^{۱۱} حرکت کرده‌اند. از جمله این مدل‌ها می‌توان به مدل روان‌بنه‌های هیجانی لیپی (۲۰۰۲) اشاره نمود. مدل روان‌بنه‌های هیجانی بیانگر این مهم است که ممکن است افراد در چگونگی مفهوم‌پردازی هیجاناتشان با یکدیگر متفاوت باشند و یا به عبارتی دیگر، افراد روان‌بنه‌های متفاوتی در مورد هیجاناتشان دارند (لیپی، ۲۰۰۸). تحقیقات نشان داده است که افرادی که دچار اختلال افسردگی اساسی هستند بیشتر از روان‌بنه‌های هیجانی ناسازگار از قبیل بی‌حسی هیجانی^{۱۲}، گناه، نشخوار ذهنی^{۱۳} و چرخه عواطف منفی استفاده می‌کنند (لیپی، تیریچ و ناپولیتان، ۲۰۱۲). همچنین بک (۲۰۱۱)

7. cognitive errors

8. emotional schemas

9. internalizing

10. eclectic models

11. cognitive-emotional models

12. numbness

13. rumination

1. family

2. World Health Organization

3. depression

4. mental health

5. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P.

6. diagnostic and statistical manual of mental disorders-5th edition

پاسخ نمی‌دهد؛ چرا که این نوع درمان‌ها بر یک جنبه از اختلال افسردگی یعنی انتقال‌دهنده‌های عصبی^۵ متمرکز هستند و جنبه‌های دیگر ایجاد و تداوم اختلال افسردگی را در نظر نمی‌گیرند (خدمات سلامت ملی، ۲۰۱۶). مداخله‌های روانشناختی از جمله درمان‌هایی است که برای درمان، جنبه‌های مختلف اختلال افسردگی را مورد توجه قرار می‌دهد (کراسک، مورت، ریتز، ترینار و دوور، ۲۰۱۶). از جمله رویکردهایی که به‌نظر می‌رسد در تحول روان‌بینه‌های هیجانی ناسازگار و کارکردهای تحولی افراد افسرده مؤثر باشد، خانواده‌درمانی از جمله خانواده‌درمانی عاطفی بوئن^۶ است.

درمان مبتنی بر نظام عاطفی بوئن، خانواده را یک واحد عاطفی و شبکه‌ای از روابط درهم تنیده می‌پندارد که برای درک بهتر باید آن را از دیدگاه چهارچوب مختلف یا تاریخی تحلیل کرد. بوئن^۷ اعتقاد دارد که کل منظومه خانواده یک واحد عاطفی تلقی می‌شوند که نمی‌توانند از یکدیگر مجزا یا به‌طور موفقیت‌آمیز تفکیک شوند. به عبارتی زیربنا و پایه این نظریه بر اساس مفهوم تفکیک خود^۸ قرار دارد (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۹، ۲۰۱۲). تمایز خود منجر می‌شود فرد در خانواده به لحاظ روانشناختی به تعادل برسد (برایدج، ۲۰۱۹). بوئن (۱۹۷۵؛ به نقل از بشارت، رستمی، قره‌باغی و لواسانی، ۱۳۹۴) دو نوع اساسی تفکیک خود را معرفی می‌کند: تمایز پایه^{۱۰} و تمایز کارکردی^{۱۱}. آنچه در درمان می‌تواند تغییر کند تمایز کارکردی است. در نظام عاطفی بوئن، نشانه‌های اختلال نیز به‌عنوان اختلالات هیجانی خانواده در نظر گرفته می‌شوند. در واقع تنیدگی هیجانی^{۱۲} بین اعضای خانواده، می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات روانشناختی به‌ویژه اضطراب شود (کوالز و ادواردز، ۲۰۱۹). بنابراین زمانی فرد بیمار بهبود می‌یابد که اضطراب در خانواده کاهش یابد، از میزان و مقدار اضطراب ناشی از خانواده بر روی فرد کاسته شود و همچنین فرد بیمار فعالانه از میزان اضطراب موجود در خانواده بکاهد (قره‌باغی، بشارت، رستمی و لواسانی، ۱۳۹۴). بر اساس نظریه بوئن علائم افسردگی از فشار روانی ناشی می‌شوند که از توانایی فرد برای اداره آن فراتر است، توانایی اداره فشار روانی تابع متمایز شدن

معتقد است اگر بتوان خطاهای شناختی و روان‌بینه‌های هیجانی ناسازگار را در افراد افسرده کاهش داد این عوامل می‌تواند بر افسردگی آنها تأثیر بگذارد و باعث کاهش افسردگی شود.

از طرف دیگر آسیب روانی از قبیل اضطراب و افسردگی تنها یک مشکل درون‌فردی نیست که خود فرد آن را به وجود آورده باشد، بلکه تعاملات بین فردی از قبیل تعامل اعضای خانواده نیز می‌تواند در به‌وجود آمدن آن مؤثر باشد (شوارتز، دادجین، شیر، یاپ، سیمونز و همکاران، ۲۰۱۲). برای مثال شوارتز و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که بین عملکرد خانواده (جو عاطفی خانواده) و اختلال افسردگی و اضطراب رابطه وجود دارد. عملکرد خانواده به توانایی افراد در هماهنگی با تغییرات، حل تضادها و تعارضات، همبستگی بین اعضا، موفقیت در اعمال الگوهای انضباطی، اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم خانواده مربوط است (عالی و کدیور، ۲۰۱۵). در پژوهش حاضر عملکرد خانواده بر اساس دیدگاه تحولی، تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط یا مدل تحول یکپارچه^۱ انسان مورد مطالعه قرار گرفته است. الگوی کارکردهای تحولی خانواده^۲ که توسط گرینسپن در سال ۲۰۰۷ مطرح شده است، رویکردی تحولی و فراگیر است که بر اساس یکپارچگی توانمندی‌های شناختی، عاطفی، زبانی و هیجانی قرار گرفته است. در الگوی کارکردهای تحولی خانواده، خانواده از منظر نوزادی و اوایل دوران کودکی و در قالب رویکردی تحولی، مورد ملاحظه قرار می‌گیرد. گرینسپن معتقد است ویژگی‌های زیستی منحصربه‌فرد هر فرد از یک سو و ویژگی‌های اجتماعی که در آن متولد می‌شود از جمله خانواده و فرهنگ از سوی دیگر بر کیفیت تعاملات افراد مؤثر است و سطح تحول هر فرد را تعیین می‌نمایند (گرینسپن، ۲۰۰۷). تاکنون مداخلات مختلفی درصدد افزایش کارکردهای تحولی خانواده‌ها بوده است که از جمله آنها می‌توان به بازی درمانی^۳ فلورتایم^۴ (عالی، امین یزدی، عبدخدایی، غنایی و محرری، ۱۳۹۳) و رویکرد یکپارچه انسان (گرینسپن، ۲۰۰۷) اشاره کرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اختلال افسردگی اساسی در ۵۰ درصد موارد به درمان‌های پزشکی و دارویی

5. neurotransmitters
6. Bowen's emotional family therapy
7. Bowen, M.
8. self-differentiation
9. Goldenberg, H., & Goldenberg, I.
10. basic differentiation
11. functional differentiation
12. emotional fusion

1. integrated development model
2. developmental functions of family
3. play therapy
4. floortime

ثناپی، ۱۳۸۹). همچنین در پژوهش بررسی اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی^۴ و نظام عاطفی بوئن بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق شهر سقز، نتایج نشان داد که هر دو رویکرد بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد تأثیرگذار بوده است (یوسفی، ۱۳۹۰).

با این حال بیشتر این مداخلات بر روی خانواده‌های در معرض خطر انجام شده است و پژوهشی که به بررسی اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر نظام عاطفی بوئن بر روی کارکرد تحولی خانواده و کاهش روان‌بنه‌های هیجانی اولیه در زنان انجام شود، مشاهده نشد. همچنین، روان‌بنه‌های هیجانی منفی و کارکردهای تحولی خانواده از عوامل خطر برای آسیب روانی و زمینه‌ساز مشکلات جسمی و خانوادگی بعدی افراد است که با شناسایی آنها و آموزش راهبردهای انطباقی‌تر و کاهش راهبردهای غیرانطباقی، می‌توان از تبدیل راهبردهای غیرانطباقی به سبک‌های تثبیت شده و مقاوم در برابر تغییر در خانواده پیشگیری نمود و در نتیجه رشد این اختلال‌های ناسازگار را در خانواده و در جامعه کاهش داد (ارمی، اژه‌ای، محمدخانی و بادله، ۱۳۹۵). لذا با توجه به اهمیت و ضرورت این مسأله در جامعه، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال بود که آیا خانواده درمانی مبتنی بر نظام عاطفی بوئن بر تحول کارکردهای خانواده و کاهش روان‌بنه‌های هیجانی زنان افسرده مؤثر است؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود که با دو گروه آزمایش و کنترل به همراه پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه صورت گرفت. جامعه پژوهش را کلیه زنان شهر تهران در سال ۱۳۹۵ که مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند، تشکیل داد. این زنان به‌منظور درمان به بیمارستان‌های روانپزشکی مراجعه کرده بودند و تحت درمان دارویی روانپزشکی قرار داشتند. از این افراد درخواست شد تا در صورت تمایل در جلسات روان‌درمانی ثبت نام نمایند. از میان کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران، تعداد ۷۰ نفر اقدام به ثبت نام کردند که ۴۰ نفر ملاک‌های لازم برای ورود

است (سهرابی، اسدی، حبیب‌الله‌زاده و پناهی، ۲۰۱۳). آسیب‌پذیرترین فرد از لحاظ تنهایی و فقدان تمایز، بیشترین احتمال را برای جذب اضطراب و افسردگی و سایر اختلالات در آن نظام و علائم داراست. همچنین عامل زیربنایی در پیدایش مشکلات روانشناختی، هم‌جوشی هیجانی است که از یک نسل به نسل بعدی منتقل می‌شود. هرچه هم‌جوشی هیجانی بیشتر باشد، فرد بیشتر توسط نیروهای هیجانی اولیه برنامه‌ریزی می‌شود و نسبت به هیجانات دیگران آسیب‌پذیرتر می‌شود (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۱۲). هدف خانواده درمانی عاطفی بوئن این است که به فرد کمک کند به جای استفاده از رفتارهای خودکار، در مورد پاسخ به یک رویداد تأمل نموده و پاسخ درست را انتخاب نماید (ترنز، رامسیچ و وایتینگ، ۲۰۱۹).

بر اساس نظریه بوئن پژوهش‌های متعددی صورت پذیرفته است که از جمله آنها در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش خود متمایزسازی^۱ بر کاهش مشکلات روانی در بین ۳۰ زن مطلقه در شهر تهران پرداختند. نتیجه پژوهش نشان داد که آموزش خودمتمایزی به روش بوئن در ارتقای تمایزیافتگی زنان و کاهش مشکلات روانی برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش مؤثر بوده است (شکیبایی، اسماعیلی و کرمی، ۱۳۸۵). گاندی (۲۰۰۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مدل ترکیبی درمان عقلانی-رفتاری الیس^۲ و نظام عاطفی بوئن بر مشکلات رفتاری بزرگسالان در خانواده‌شان پرداختند که نتایج این پژوهش نشان داد این مدل ترکیبی می‌تواند مشکلات بزرگسالان در خانواده را کاهش دهد و خودتفکیکی آنها را اصلاح کند. در پژوهش دیگری دایون (۲۰۰۳) به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر نظام عاطفی بوئن و سوگ‌درمانی^۳ بر درمان خودکشی در زوجین اقدام‌کننده به خودکشی به‌صورت مطالعه موردی پرداخت که درمان، متمرکز بر روابط زناشویی و خانواده اصلی بود. نتایج نشان داد که درمان بوئنی در مورد خودتفکیکی، واکنش عاطفی و برش عاطفی مؤثر بود. در پژوهشی دیگر بررسی اثربخشی خانواده درمانی بوئنی بر خود متمایزسازی خانواده کودکان مبتلا به سوءمصرف مواد نشان داد که خانواده درمانی بوئنی می‌تواند به‌صورت معناداری در متمایزسازی این خانواده‌ها اثربخش باشد (غفاری، رفیعی و

4. schema therapy

1. differentiation of self
2. Ellis' rational - behavior therapy
3. grief therapy

درمان خانواده در کار بالینی، کاربردهای بالینی نظریه سیستم‌های خانواده بوئن (تایتلمن، ۲۰۱۴) و استفاده از راهبردهای آموزشی مرکز درمانی بوئن (۲۰۰۹) گرفته شد. این پروتکل متشکل از ۸ جلسه ۲ ساعته درمان گروهی بود که محتوای جلسات آن به ترتیب در جدول ۱ آمده است. پس از اتمام درمان، از تمام شرکت‌کنندگان پژوهش (گروه آزمایش و کنترل) پس‌آزمون و همچنین، سه ماه پس از اتمام درمان نیز پیگیری به عمل آمد. لازم به ذکر است که به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش پس از انجام پیگیری، گروه کنترل نیز مداخله مذکور را دریافت نمودند. میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۲۸/۲۰ و ۲/۸۰ و در گروه کنترل به ترتیب ۲۷/۵۰ و ۲/۲۰ بود.

به مطالعه را داشتند. معیارهای ورود شامل متاهل بودن و ابتلا به اختلال افسردگی اساسی بنابر نظر روانپزشک و دریافت دارویی (ایمی‌پرامین، آمی‌تریپتیلین و نورتریپتیلین) و عدم استفاده از سایر مداخلات روان‌شناختی بود. حجم نمونه پژوهش حاضر بر اساس جدول کوهن^۱ و با در نظر گرفتن توان آزمون ۰/۸۰، سطح آلفای ۰/۰۵ (آزمون دو طرفه) و اندازه اثر ۰/۱۶، در هر گروه ۱۲ نفر و در کل ۲۴ نفر نیاز بود، اما با توجه به احتمال ریزش حجم نمونه پژوهش ۲۰ نفر در هر گروه (۲۰ نفر در دو گروه آزمایش ۱۰ نفره و ۲۰ نفر در گروه کنترل جای گرفتند) و در کل ۴۰ نفر تعیین شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر^۲ استفاده شد. برنامه درمانی به کار رفته در این پژوهش از کتاب‌های جدول ۱

محتوای جلسات آموزشی خانواده درمانی مبتنی بر درمان عاطفی بوئن

جلسه	محتوا
اول	آشنایی با اعضاء، بیان اهداف، قواعد و تعداد جلسات درمان، اجرای پیش‌آزمون، ارائه دورنمایی از برنامه جلسات آتی و تبیین موضوع.
دوم	آموزش مفهوم خودمتمایزسازی، برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی زندگی و تمایز یافتگی، بیان ویژگی‌های افراد تمایز یافته و تمایز نیافته. تکالیف: توجه به روابط خود با دیگران در طول هفته و اینکه هر روز یک واقعه را یادداشت کرده و واکنش‌های خود را دسته‌بندی کنند که در دسته تمایز یافته است یا تمایز نیافته.
سوم	توضیح اجزای چهارگانه تمایز یافتگی، مدیریت هیجان، بحث در مورد تفاوت واکنش هیجانی با عقلانی و استفاده از گزینه‌های رفتاری مختلف به جای هدایت شدن توسط هیجان‌های خود، مدیریت کردن هیجان در مواقع مشاجره. تکالیف: بیان دو داستان فرضی از موقعیت‌های مشکل‌ساز در زندگی و بررسی واکنش‌های هیجانی خود در آن موقعیت‌ها.
چهارم	تشریح منطق مثلث‌سازی در خانواده، بررسی اثرات مثلث‌سازی در تداوم مشکل و کاهش عملکرد خانواده و ارتباط خانوادگی، آموزش فنون نامثلث‌سازی برای کاهش روان‌بندهای ناسازگار. تکالیف: لیست کردن مثلث‌سازی‌ها در طول هفته در مشاجرات انجام شده با اعضای خانواده و ارائه راهکار برای نامثلث‌سازی.
پنجم	توضیح تأثیر محیط خانواده و مبدأ فرد در زندگی او، بررسی رابطه بین مشکلات فعلی زندگی و مشکلات سابق خانه پدری، بازگشت ذهنی و حتی حضوری به خانه پدری برای کاهش روان‌بندهای گناه و... بررسی و اصلاح الگوهای یادگرفته شده و بازخورد. تکالیف: خاطرات خود را در دوران کودکی یادداشت کنند و در رابطه با نقش خود در آنها قضاوت کنند.
ششم	توضیح برای افراد در مورد مفاهیم فرافکنی خانوادگی و گسلس عاطفی و تأثیر آنها در مشکلات خانواده، آموزش به افراد در مورد ویژگی رابطه بلوغ یافته و گسترش مسئولیت‌پذیری در خانواده، خواستن توضیحاتی در مورد آنچه یادگرفته شده و ارائه بازخورد. تکالیف: بررسی خواسته‌ها و باورهای شخصی خود و فکر کردن به پیامد رفتارهای خود.
هفتم	مسئولیت‌پذیری و خودپیری (تلاش برای تغییر دادن خود به جای دیگران، کم کردن سرزنش و انتقاد و نحوه درست بیان احساسات و باورهای شخصی برای جایگزین کردن روان‌بندهای سازگار). تکالیف: بررسی این سوال که من در حال حاضر چه کسی هستم و چه باید باشم و بررسی احساسی که در پایان پاسخ به این سوال دارند.
هشتم	مروری بر تمام جلسات و راهبردهای نهایی برای بهبود وضعیت و اجرای پس‌آزمون.

ابزار سنجش پرسشنامه سنجش کارکرد تحولی خانواده (DFFAQ). پرسشنامه سنجش کارکرد تحولی

1. Cohen, J.
2. repeated measures analysis of variance

خانواده^۱ که توسط عالی، امین یزدی، عبدخدائی و همکاران (۱۳۹۳) در ایران تدوین شد شامل ۴۳ ماده است و زیرمقیاس‌های آن عبارتند از: توجه و تنظیم، جذب شدن در روابط انسانی، ارتباط متقابل دوسویه، حل مسئله اجتماعی مشترک، ایجاد بازنمایی‌ها و ایده‌ها، تفکر منطقی و انضباط. هر سوال در مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ (صفر برای هیچ‌گاه و ۳ برای همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره پایین در هر زیرمقیاس نشانگر ضعف کارکردی خانواده در آن حیطه است. روایی ملاک^۲ این پرسشنامه با ابزار سنجش کارکرد خانواده مک مستر^۳ ۰/۷۵، ضریب بازآزمایی^۴ ۰/۹۳ و آلفای کرونباخ^۵ کلی پرسشنامه نیز ۰/۹۲ است (عالی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه حاضر ۰/۸۲ به‌دست آمد که حاکی از پایایی^۶ مطلوب پرسشنامه است.

توافق‌پذیری احساسات، اندیشناکی، بیان احساسات، سرزنش. در پژوهش لیهی (۲۰۰۲) مشخص شد بیشتر ابعاد چهارده‌گانه این مقیاس، همبستگی معناداری با اضطراب و افسردگی دارند و همچنین همبستگی بین ابعاد آن نیز نشان داد این مقیاس پایایی قابل‌قبولی دارد. همچنین برای بررسی همسانی درونی و پایایی آزمون، میرزایی (به نقل از ارمی و همکاران، ۱۳۹۵) از این ابزار در یک نمونه ۳۰ نفری استفاده نمود. انجام بازآزمایی با فاصله دو هفته نشان داد که بین دو اجرا همبستگی ۰/۸۴ وجود داشته و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. همسانی درونی گویه‌ها نیز از طریق محاسبه آلفای کرونباخ محاسبه شده و مشخص شد آزمون از همسانی درونی قابل‌قبولی ۰/۷۹ برخوردار است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۲ به‌دست آمده است.

یافته‌ها

میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در متغیر کارکردهای تحولی و روان‌بندهای ناسازگار در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است. اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش، نمرات روان‌بندهای ناسازگار در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. همچنین در مورد متغیر کارکردهای تحولی نیز نتایج نشان داد که نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است.

مقیاس روان‌بندهای هیجانی (LESS). مقیاس

روان‌بندهای هیجانی^۷ توسط لیهی (۲۰۰۲) ساخته شد و دارای ۵۰ سوال است که در یک طیف ۶ نمره‌ای لیکرت از "درباره من کاملاً اشتباه است=۱ نمره، تا درباره من کاملاً درست است=۶ نمره" محاسبه می‌شود. نمره بالا نشان‌دهنده برخورد ناکارآمد با هیجانات و نمره پایین نشان‌دهنده برخورد مناسب با هیجانات است. این پرسشنامه شامل ۱۴ زیرمقیاس است: تأیید، قابلیت درک، گناه، ساده‌اندیشی درباره هیجان، ارزش‌های بالاتر، مهار، بی‌حسی، منطقی، مدت زمان

جدول ۲

خلاصه نتایج شاخص‌های توصیفی متغیرهای روان‌بندهای ناسازگار و عملکرد تحولی خانواده در گروه آزمایش (۲۰) و کنترل (۲۰)

مقیاس	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
روان‌بندهای ناسازگار	آزمایش	۲۰/۷۵	۱۵۰/۴۵	۱۷	۱۳۰/۲۸	۱۷/۲۰	۱۲۸/۱۲
کارکردهای تحولی	کنترل	۱۹/۶۳	۱۴۸/۰۲	۱۸/۸۰	۱۴۷/۵۳	۱۶/۸۴	۱۴۷/۴۶
	آزمایش	۲۵/۳۲	۶۱/۶۲	۱۸/۱۱	۷۳/۰۹	۱۸	۷۰/۸۰
	کنترل	۲۱/۱۲	۶۳/۰۵	۲۰/۱۰	۶۲/۹۲	۱۸/۵۸	۶۴/۰۸

1. Developmental Family Functioning Assessment Questionnaire (DFFAQ)
2. criterion validity
3. McMaster Family Assessment Device (FAD)
4. test-retest
5. Cronbach alpha
6. reliability
7. Emotional Schemes Scale (ESS)

جدول ۳ نتیجه آزمون کولموگروف-اسمیرنف^۱ را که جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته استفاده شد، نشان می‌دهد. نتیجه آزمون کولموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن توزیع این متغیرها در دو گروه جدول ۳

نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	آزمون کولموگروف-اسمیرنف			آزمون لوین	
		آماره	درجه آزادی	سطح معناداری	درجه آزادی ^۲	سطح معناداری
روان‌بنه‌های هیجانی	آزمایش	۰/۱۸	۲۰	۰/۲۰	۳۸	۰/۵۲
	کنترل	۰/۲۵	۲۰	۰/۱۸	۳۸	۰/۲۵
کارکردهای تحولی	آزمایش	۰/۲۲	۲۰	۰/۲۲	۳۸	۰/۴۱
خانواده	کنترل	۰/۱۸	۲۰	۰/۱۱	۳۸	۰/۳۳

در جدول ۴ آزمون موخلی^۳ (همگنی ماتریس کواریانس- واریانس متغیرهای وابسته) نشان می‌دهد که همگنی ماتریس کواریانس- واریانس متغیر وابسته رعایت شده است و مفروضه

جدول ۴

نتایج آزمون کرویت موخلی جهت بررسی برابری کواریانس در متغیرها

مقیاس	آزمون موخلی	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
روان‌بنه‌های ناسازگار	۰/۷۵	۳/۴۲	۲/۰۲	۰/۱۴
کارکردهای تحولی خانواده	۰/۵۸	۴/۹۲	۲/۱۸	۰/۱۲

بر اساس نتایج جدول ۵ سطح معناداری تحلیل واریانس آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد که خانواده درمانی مبتنی بر درمان عاطفی بوئن در گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نمرات متغیرهای روان‌بنه‌های ناسازگار و کارکردهای تحولی خانواده معنادار است ($p < /0.01$). بنابراین می‌توان گفت در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری بین میانگین نمرات متغیرهای روان‌بنه‌های ناسازگار و کارکردهای تحولی خانواده وجود دارد. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۵ می‌توان گفت که خانواده درمانی

مبتنی بر درمان عاطفی بوئن بر بهبود کارکردهای تحولی خانواده و کاهش روان‌بنه‌های هیجانی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تأثیر معناداری داشته است. همچنین اندازه اثر گزارش شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که ۴۸ درصد واریانس تغییرات در متغیر کارکردهای تحولی خانواده و ۴۰ درصد از واریانس تغییرات در متغیر روان‌بنه‌های هیجانی در گروه آزمایش در اثر خانواده‌درمانی مبتنی بر درمان عاطفی بوئن به وجود آمده است.

4. assumption of sphericity

1. Kolmogorov-Smirnov test
2. Levene's test
3. Mauchly's Test

جدول ۵

خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه نمره‌های سه مرحله در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	عامل	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره f	معناداری	اندازه اثر
روان‌بنه‌های هیجانی	درون گروهی	زمان	۱۲۵/۲۵	۲	۶۲/۶۲	۲/۸۶	۰/۱۱	۰/۰۵
	بین گروهی	تعامل زمان * گروه	۱۸۵/۰۱	۲	۹۲/۵۰	۱/۴۲۰	۰/۲۸	۰/۰۳
کارکردهای تحولی	درون گروهی	زمان	۸۲/۷۶	۲	۴۱/۳۸	۱/۸۶	۰/۲۲	۰/۰۴
	بین گروهی	تعامل زمان * گروه	۱۴۰/۰۱	۲	۷۰/۰۰۵	۲/۹۰	۰/۱۰	۰/۰۸
خانواده	بین گروهی	گروه	۱۷۶/۰۸	۱	۸۸/۰۴	۱۵/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰

در جدول ۶ نتایج آزمون بنفرونی^۱ نشان می‌دهد تفاوت میانگین‌های میان موقعیت‌های آزمایش یعنی تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است.

جدول ۶

خلاصه نتایج تحلیل آزمون بنفرونی برای تفاوت سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییر	متغیر	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	روان‌بنه‌های هیجانی	۲۰/۱۷	۳/۲۵	۰/۰۰۱
	کارکردهای تحولی خانواده	-۱۰/۴۸	۱/۲۵	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون - پیگیری	روان‌بنه‌های هیجانی	۲۲/۳۳	۳/۴۴	۰/۰۰۱
	کارکردهای تحولی خانواده	-۹/۱۸	۱/۸۸	۰/۰۰۱
پس‌آزمون - پیگیری	روان‌بنه‌های هیجانی	۲/۱۶	۰/۴۹	۰/۸۹
	کارکردهای تحولی خانواده	۲/۲۹	۰/۱۱	۰/۹۲

که میزان کارکردهای تحولی در زنان هم در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری داشت. همچنین نتایج نشان داد که میزان روان‌بنه‌های هیجانی ناسازگار اولیه در زنان نیز در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری داشت. این یافته‌ها با نتایج ساندز، جانکاسکی، بیسونت و همکاران (۲۰۱۷)، غفاری و همکاران (۱۳۸۹)، کارخانه، جزایری، بهرامی و همکاران (۲۰۱۵)، کیم‌اپل (۲۰۰۳)، گاندی (۲۰۰۸)، نبوی حصار، عارفی و یوسفی (۱۳۹۶) و وانسیا (۲۰۱۳) همسو است.

در تبیین اثربخشی آموزش خانواده‌درمانی مبتنی بر درمان عاطفی بوئن بر کارکردهای تحولی خانواده باید گفت، الگوهای تعامل خانواده یکی از متغیرهایی است که در بروز و نگهداری افسردگی دخالت دارد. در اغلب موارد هنگامی که یکی از

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر درمان عاطفی بوئن بر کارکردهای تحولی خانواده و روان‌بنه‌های هیجانی ناسازگار زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد. جستجوی پژوهشگر در پیشینه و ادبیات تحقیقی موجود در زمینه خانواده‌درمانی سیستمی بوئن در خانواده‌ها نشان می‌دهد که اگرچه محققان و درمانگران از مدت‌ها قبل متوجه نقش مهم روابط عاطفی در زندگی خانوادگی و تمایز یافتگی در روان‌بنه‌های اعضای خانواده و کارکرد خانواده شده‌اند، متأسفانه بررسی علمی و کنترل شده بسیار محدودی که اثر این نوع درمان را بر روان‌بنه‌های هیجانی خانواده و کارکردهای تحولی آنها مورد بررسی قرار دهد، ارائه شده است. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد

1. Bonferroni test

همچنین در تبیین علت اثربخشی این درمان بر کاهش روان‌بینه‌های هیجانی ناسازگار زنان می‌توان گفت که درمان عاطفی بوئن باعث کاهش واکنش‌پذیری افراد و آگاه‌شدن آنها از فرایندهای هیجانی خانواده و همچنین کاهش مثلث‌سازی^۲ در خانواده می‌شود (مرکز درمانی بوئن، ۲۰۰۹). کاهش مثلث‌سازی‌ها در خانواده باعث تنظیم هیجان اعضای خانواده شده که به نوبه خود، تنظیم هیجان باعث درک و بیان هیجان به همراه خودانعکاسی مثبت، افزایش خودفهمی و سلامت جسمی بهتر افراد می‌شود (رمضان‌زاده و همکاران، ۱۳۹۴). از طرف دیگر آموزش عاطفی بوئن باعث بهبود رابطه اعضای خانواده و در نتیجه کاهش مقصرینی و افزایش مسئولیت‌پذیری و کاهش فاصله عاطفی و همجوشی، مدیریت هیجان‌ها و استفاده از حل مسئله در مواجهه با چالش‌های بین‌فردی، آگاه‌شدن از فرایند رابطه و علت حلقوی در شکل‌گیری و تداوم تعارض بر اساس مفاهیم سیستمی خانواده می‌شود که این عوامل توانایی افراد افسرده را برای پذیرش دشواری که با آن روبرو خواهند شد، افزایش می‌دهد و به خودآگاهی هیجانی آنها منجر می‌شود که نتیجه آن استفاده از روان‌بینه‌های هیجانی سازنده است (لسیتر، ۲۰۱۷).

از طرف دیگر خانواده‌درمانی مبتنی بر درمان عاطفی بوئن با آگاهی دادن به افراد در مورد هیجان‌های مثبت و منفی‌شان، باعث همکاری بیشتر گروه آزمایش به‌منظور کار بر روی هیجان‌ات ناسازگار و افزایش روان‌بینه‌های سازش‌یافته شد. این آموزش، توانایی زنان را برای پذیرش شرایط دشوار که با آن روبرو بودند، افزایش داد و به خودآگاهی هیجانی آنها منجر شد. درواقع روان‌بینه‌های هیجانی منفی و ناتوانی برای مدیریت آنها یکی از عوامل کلیدی عدم توجه و افسردگی در آنان بود که با آموزش عاطفی بودن، توانستند کنترل هیجان‌ات نامناسب خود را در دست بگیرند و هیجان‌ات مثبت را جایگزین هیجان‌ات منفی کنند. درنتیجه روان‌بینه‌های هیجانی سازش‌یافته در آنها تقویت شد و زنان افسرده متوجه شدند که آنها باید هیجان‌اتشان را کنترل کنند نه هیجان‌ات آنها را.

محدود بودن نمونه مطالعه به جمعیت زنان یک منطقه از مناطق ۲۲ گانه تهران، تعمیم نتایج را دچار اشکال می‌کند. ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آینده، این پژوهش در میان سایر اقشار و مردان نیز انجام گیرد. همچنین پیشنهاد

زوجین افسرده باشد، از روی درماندگی رفتار می‌کند و زوج دیگر به این رفتار به وسیله مراقبت هرچه بیشتر پاسخ می‌دهد، به‌گونه‌ای که به تدریج این رابطه به‌صورت انعطاف‌ناپذیر و نامتمایز در می‌آید و فرد افسرده در خانه و محل کار قادر نیست به وظایف خود به‌خوبی عمل کند و مسائل خانواده را حل کند (اسرنو، جایکوکس و تامپسون، ۲۰۰۱). ازاین‌رو، اختلال یا بیماری یک عضو از یکسو بر عملکرد اعضای خانواده تأثیر منفی می‌گذارد و از سوی دیگر می‌تواند ناشی از روابط نامطلوب و نامتمایز با سایر افراد خانواده باشد (عالی و همکاران، ۱۳۹۳). در فرایند درمان با استفاده از خودمتمایزسازی زنان تلاش شد تا آنها بتوانند در روبرویی با واقعیت‌های مختلف موضع من را حفظ کنند. تمایزسازی، توانایی برقراری تعادل بین وابستگی و استقلال فرد درون روابط خانواده، توانایی سیستم خانواده و اعضای آن برای مدیریت واکنش‌های هیجانی و توانایی تمایز قائل شدن بین افکار و احساسات است (مرکز درمانی بوئن، ۲۰۰۹). افراد تمایز یافته از خود و اعتقاداتشان تعریف روشنی دارند و قادرند در زندگی، مسیر خود را برگزینند. آنان می‌توانند در مواردی که در بعضی افراد به رفتارهای غیرارادی و گرفتن تصمیمات نادرست منجر می‌شود، با درنظر داشتن عقل و منطق خویش، تصمیمات درستی اتخاذ کنند. افرادی که به این سطح از تمایز رسیده‌اند، میزان تحمل یکدیگر را درنظر می‌گیرند و محیط خانواده را متناسب با نیازهای هیجانی یکدیگر تعدیل می‌نمایند که باعث افزایش کارکردهای تحولی خانواده می‌شود. درواقع در خانواده‌درمانی بوئن به‌جای تمرکز بر افسردگی، بر پویایی اعضای خانواده تأکید می‌کند. چراکه تأکید بر افسردگی منجر به افزایش اضطراب شده و به درمان کمکی نمی‌کند (سان، ۲۰۱۹). همچنین بوئن (۱۹۷۸) به برخی عوامل تسهیل‌کننده تمایز یافتگی اشاره می‌کند که شامل: مسئولیت‌پذیری، مثلث‌زدایی^۱، افزایش بینش در مورد فرایندهای هیجانی خانواده و نقش خود در آن. در فرایند جلسات تلاش شد با استفاده از تکنیک‌های مختلف، این موارد افزایش یافته و افراد از موقعیت‌هایی که در مثلث‌های ارتباطی ناکارآمد گیر افتاده بودند، آگاه شده و بینش لازم نسبت به فرایندهای هیجانی خانواده که در سیستم خانواده خود داشتند، کسب نمایند؛ که این موارد نیز باعث افزایش کارکردهای تحولی خانواده در گروه آزمایش شد.

1. detriangling

2. triangulation

در مداخلات بالینی و درمانی استفاده شود.

غفاری، ف.، رفیعی، ح.، و ثنایی، ب. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش خانواده با استفاده از تئوری سیستمی بوئن بر تمایز یافتگی و کارکرد خانواده‌های دارای فرزند معتاد. *فصلنامه خانواده پژوهش*، ۶، ۲۳۹-۲۲۷.

قربانی، ا.، و گلچین، م. (۱۳۸۸). بررسی وضعیت سلامت روان زنان در استان قزوین. *دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۵، ۵۶-۶۲.

قره‌باغی، ف.، بشارت، م.، ع.، رستمی، ر.، و لواسانی، م. (۱۳۹۴). طراحی و بررسی اثربخشی مداخله‌ای بر اساس نظریه نظام‌های خانواده بوئن برای ارتقای سلامت و کیفیت روابط. *مجله علوم روانشناختی*، ۵۴، ۱۷۹-۱۶۹.

گلدنبرگ، ه.، و گلدنبرگ، ای. (۲۰۱۲). *خانواده‌درمانی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۹۶). تهران: انتشارات روان.

نبوی‌حصار، ج.، عارفی، م.، و یوسفی، ن. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر دیدگاه نظام‌های خانوادگی بوئن و معنادرمانی بر کیفیت زناشویی و میل به طلاق مراجعین خواستار طلاق. *روانشناسی خانواده*، ۴، ۴۳-۶۰.

نظرپور، ف.، و شیرینی، خ. (۱۳۹۳). بررسی شاخص‌های سلامت روان در زنان شاغل و غیرشاغل شهر ایلام. *دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۰، ۸۰-۷۵.

یوسفی، ن. (۱۳۹۰). مقایسه ی اثربخشی دو رویکرد خانواده‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی و نظام عاطفی بوئن بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق شهر سقز. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳، ۳۷۳-۳۵۶.

می‌شود از آموزش خانواده‌درمانی عاطفی بوئن در جهت بهبود کارکردهای تحولی خانواده و کاهش روان‌بنه‌های هیجانی زنان

منابع

ارمی، ح.، اژه‌ای، ج.، محمدخانی، ش.، و بادل، م. (۱۳۹۵). مقایسه‌ی روان‌بنه‌های هیجانی میان افراد معتاد و غیرمعتاد. *مجله روانشناسی*، ۲۰، ۲۹۱-۲۸۲.

بشارت، م.، ع.، رستمی، ر.، قره‌باغی، ف.، و لواسانی، م. غ. (۱۳۹۴). طراحی و بررسی اثربخشی مداخله‌ای بر اساس نظریه نظام‌های خانواده بوئن برای ارتقای سلامت و کیفیت روابط. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۴، ۱۷۹-۱۶۸.

پورسینا، ز.، طهماسیان، ک.، و صادقی، م. ا. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای ایمنی هیجانی در رابطه بین کارکرد خانواده و مشکلات رفتاری کودک. *روانشناسی خانواده*، ۱، ۷۸-۶۹.

رمضان‌زاده، ف.، مرادی، ع.، و محمدخانی، ش. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های نظم‌جویی خطر ابتلا به مواد مصرفی در نوجوانان در معرض خطر. *مجله روانشناسی*، ۷۴، ۳۸۰-۳۹۲.

سادوک، ب. ج.، سادوک، و.، و روییز، پ. (۲۰۱۴). خلاصه *روانپزشکی: روانپزشکی بالینی علوم رفتاری*. ترجمه رضاعی (۱۳۹۶). تهران: انتشارات ارجمند.

شکيبایی، ط.، اسماعیلی، م.، و کرمی، ا. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش خودمتمایزسازی بر کاهش مشکلات روانی زنان المطلقه تهران در سال ۱۳۸۵. *مجله روانشناسی تربیتی*، ۲، ۱۳۱-۱۱۵.

عالی، ش.، امین یزدی، س. ا.، عبدخدائی، م. س.، غنایی چمن‌آباد، ع.، و محرمی، ف. (۱۳۹۳). تدوین و اعتباریابی پرسشنامه سنجش کارکرد تحولی خانواده. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۳، ۱۷۶-۱۵۷.

References

Aali, S., & Kadivar, R. (2015). Predicting the mental health profile based on the developmental family function components. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17, 300-307.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Asarnow, J. R., Jaycox, L. H., & Tompson, M. C. (2001). Depression in youth: Psychosocial interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 33-47.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. New York: Guilford Press.

Bowen Center for the Study of the Family. (2009). Family Center News. [On-line]. Available: www.thebowencenter.org.

- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson
- Bridge, E. N. (2019). Review of a case study in light of Bowen theory: Differentiation of self. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 3, 65-72.
- Craske, M. G., Meuret, A. E., Ritz, T., Treanor, M., & Dour, H. J. (2016). Treatment for anhedonia: A neuroscience driven approach. *Depression and Anxiety*, 33, 927-938.
- Dion, A. (2003). A single case study of a survivor of suicide using Bowen therapy and grief counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 235-246.
- Free, M. L. (2007). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. Chichester: John Wiley & Sons Press.
- Gandy, P. (2008). *A psycho educational group treatment model for adolescence with behavior problems based on an integration of Bowen theory (BT) and rational-emotive therapy (RET)*. PhD Thesis. San Francisco Campus, Alliant International University.
- Greenspan, S. (2007). The developmental approach to family functioning: The historical background of the different ways or lenses or theories—all different ways of looking at families a very complex process. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1, 87-142.
- Karakus, M. C., & Patton, L. C. (2011). Depression and the onset of chronic illness in older adults: A 12-year prospective study. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 38, 373-382.
- Karkhane, P., Jazayeri, R., Bahrami, F., & Fatehizadeh, M. (2015). The study of the effectiveness of the bowen self-differentiation counseling on the assertiveness of married women in Isfahan. *International Journal of Life Science & Pharma Research*, 4, 164-183.
- Kim-Appel, D. (2003). *The relationship between Bowen's concept of differentiation of self and psychological symptom status in individuals age 62 years and older*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of the Philosophy, University of Akron, the United States.
- Lassiter, L. (2017). *Undifferentiated Family Ego Mass in Bowen Therapy*. Berlin: Springer, Cham.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-190.
- Leahy, R. L. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 769-777.
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, 8, 28-61.
- National Health Service. (2016). *Psychological therapies*. Annual report on the use of IAPT services: England 2015–16. London, UK: Health Care.
- Qualls, S. H., & Edwards, L. (2019). *Family Systems Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Sandage, S. J., Jankowski, P. J., Bissonette, C. D., & Paine, D. R. (2017). Vulnerable narcissism, forgiveness, humility, and depression: Mediator effects for differentiation of self. *Psychoanalytic Psychology*, 34, 300-318.
- Schwartz, O. S., Dudgeon, P., Sheeber, L. B., Yap, M. B., Simmons, J. G., & Allen, N. B. (2012). Parental behaviors during family interactions predict changes in depression and anxiety symptoms during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 59-71.
- Sohrabi, R., Asadi, M., Habibollahzade, H., & Panahi, A. (2013). Relationship between self-differentiation in bowen's family therapy and psychological health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 1773-1775.
- Son, A. (2019). Anxiety conflicts based on Bowen Family Systems Theory. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 73, 9-18.
- Titelman, P. (2014). *Clinical applications of Bowen family systems theory*. New York: Routledge Press.
- Turns, B., Ramisch, J., & Whiting, J. B. (2019). *Systemically treating autism: A clinician's guide for empowering families*. New York: Routledge Press.
- Vancea, F. (2013). The increase of the differentiation level of the self through

- unifying personal development. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 13, 180-184.
- World Health Organization. (2016). Depression [Online]. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/e.
- Zahrani, S. H. (2011). *Empowerment of female headed households*. New York: Socialsciences.