

اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در بهبود کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی - لجبازی

زینب عباسی مکنون^۱، رقیه موسوی^۲،
علیرضا مرادی^۳، سعید اکبری زردخانه^۴

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۱۰/۱۲

تاریخ تأیید مقاله: ۸۷/۱۲/۲۰

صفحات مقاله: ۱۰۵ - ۱۲۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر، مطالعه اثربخشی رویکرد خانواده درمانی ساختاری در بهبود اختلال نافرمانی - لجبازی کودکان ۵ تا ۱۰ سال بود. مطالعه حاضر از نوع شبه آزمایشی - تک موردی با طرح پیش آزمون و پس آزمون بود. جهت انجام این مطالعه، چهار خانواده با حداقل یک فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی - لجبازی، از میان نمونه در دسترس، انتخاب شدند. خانواده‌ها با حضور کلیه اعضای خانواده طی ۸ جلسه در معرض مداخلات درمانی، با طرح درمانی یکسان قرار گرفتند. جلسات به صورت هفتگی برگزار می‌شد. آزمودنی‌ها در چهار مرحله، پیش از آغاز مداخله، در طول مداخله (جلسه چهارم)، پس از اتمام مداخله و با فاصله یک ماه از اتمام جلسات در مداخله درمانی به عنوان پی‌گیری، با استفاده از مقیاس ارزیابی رفتار کودک راتر فرم (الف)، مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به کمک رسم نمودار ارائه گردید. نتایج نشان داد خانواده درمانی ساختاری، در کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی - لجبازی قابل ملاحظه است.

* * * * *

کلید واژگان

خانواده درمانی ساختاری، اختلال نافرمانی - لجبازی.

FRp 1800 @Yahoo.com

mousavi@shahd.ac.ir

moradi@tmu.ac.ri

۱. کارشناس ارشد مشاوره.

۲. استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه شاهد.

۳. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تربیت معلم.

۴. دانشجوی دکتری، آدرس نویسنده مسئول: مینی سیتی، شهرک شهید محلاتی، نصر ۹، مرکز اندیشه یاس.

تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۷۱۸۸۵ نصاب:

مقدمه

اختلال نافرمانی - لجبازی^۱ از اختلالات رفتار ایدایی^۲ به شمار می‌رود. این اختلال با الگوی ثابت رفتار منفی‌کارانه، نافرمانی و خصمانه، نسبت به اولیای قدرت (همانند والدین و معلم) و نیز ناتوانی برای قبول مسئولیت اشتباهات خود و ملامت دیگران مشخص است. رفتار مقابله‌ای و منفی‌کارانه را از نظر رشدی در اوائل کودکی می‌توان طبیعی شمرد. مطالعات همه‌گیرشناسی صفات منفی‌کارانه در جمعیت غیرکلینیکی، این صفات را در ۱۶ تا ۲۲ درصد کودکان دبستانی گزارش نموده است. طبق راهنمای تشخیص و آمار بیماری‌های روانی - ویرایش پنجم^۳ میزان شیوع این اختلال بین ۲ تا ۱۶ درصد است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۲) که در حدود ۶ تا ۱۰ درصد از آنان نیازمند مداخله هستند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). شواهد نشان می‌دهد اختلال نافرمانی - لجبازی دوران کودکی با اختلالات شخصیتی، مشکلات تحصیلی، اجتماعی در سنین بالاتر مرتبط است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). همچنین این کودکان پرخاشگر، از سوی همسالان خود طرد شده، از نظر تحصیلی عملکرد ضعیفی داشته و در معرض خطر بزهکاری در دوره نوجوانی و اخراج از مدرسه قرار دارند (چاریسا و سونگ یانگ، ۲۰۰۶).

عوامل خانوادگی و تعارضات جدی زناشویی در ایجاد اختلال لجبازی و نافرمانی تأثیر مهمی دارند (دان^۴ و دیگران، ۱۹۹۵). همچنین براساس یافته‌های پژوهشی،

1. Oppositional Defiant Disorder (ODD)
2. disruptive behavior disorder
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder- IV- TR (DSM-IV-TR)
4. American Psychiatry Association (APA)
5. Kaplan & Sadock
6. Charisa & sung- yung
7. Dunn

نوع ارتباط کودک - والد از جمله عوامل تأثیرگذار بر این اختلال است، طوری که در این میان، انضباط سخت از سوی والدین یا دستورات متناقض از سوی آنها در به وجود آمدن این اختلال، از اهمیت بالایی برخوردار است. نقص مهارت‌های والدین در تعامل و آموزش کودکان، از عوامل مهم دیگر به شمار می‌رود (پترسون^۱، ۱۹۹۸). مقررات خشک، تنبیه‌کننده و متناقض، عوامل خطرزای مهمی برای ایجاد و دوام این اختلال محسوب می‌شوند (شرودر و گوردن^۲، ۲۰۰۲). استرم شاک، بیومن، مک ماهون، لنگوا^۳ (۲۰۰۰) ارتباط بین شیوه‌های والدینی و مشکلات رفتاری را در کودکان سنین اوایل مدرسه را نشان دادند. پژوهش رایس^۴ و همکاران (۱۹۹۵) نیز نشان دادند ۶۰ درصد رفتارهای ستیزه‌جویانه فرزندان بر اساس رفتارهای منفی‌گرایانه و پرتعارض والدین قابل پیش‌بینی است. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که از بین بردن مشکلات موجود در فرایندهای درون خانواده و ارتقابخشی آنها، می‌تواند از بروز این اختلال پیشگیری کند. این اثربخشی نیز در مطالعات متعددی نشان داده شده است (کر، ۲۰۰۶). از عوامل دیگر می‌توان به تعارض‌های حل نشده دوران کودکی و رفتارهای آموخته شده از محیط اجتماعی اشاره کرد. (لفنی کاشانی و وزیری، ۱۳۷۸)

طبق مطالعات انجام شده، بیش از ۲۳۰ تکنیک از رویکردهای مختلف برای درمان اختلالات دوران کودکی و نوجوانی مورد استفاده قرار گرفته است که عمدتاً معطوف به عوامل محیطی و خانوادگی هستند. (دادز^۵، ۱۹۹۵؛ موسوی، ۱۳۷۷)

1. Peterson
2. Schroeder & Gorden
3. Stormshak & Lengua
4. Raise
5. Dadz

شواهد علمی مبتنی بر تحقیقات در دهه‌های اخیر، اثربخشی خانواده درمانی را در مشکلات متعدد کودکان و نوجوانان نظیر اختلالات عاطفی در کودکی و نوجوانی، اختلالات روان‌تنی و اختلالات رفتار و سوءاستفاده جسمانی از کودک نشان داده است (کاسلو و همکاران^۱، ۲۰۰۲). خانواده درمانی، مداخله‌ای است که به چگونگی آشکار ساختن الگوهای پنهان خانواده، حفظ، تعادل و شناخت الگوها کمک می‌کند. خانواده درمان‌گران، بر این باورند که نه تنها آن عضو خانواده که بر او برچسب بیمار زده می‌شود و مشکلات خانواده به او نسبت داده می‌شود، نیازمند به درمان است، بلکه اعضای دیگر خانواده نیز، باید در امر درمان مد نظر قرار گیرند (کابلان و سادی، ۲۰۰۳). یکی از وسیع‌ترین پژوهش‌ها در مورد ارزیابی اثر خانواده درمانی در درمان اختلالات رفتاری کودکان، توسط اسزاپوچنیک^۲ و همکاران (۱۹۹۰) انجام شد. در این پژوهش، تأثیر خانواده درمانی ساختاری، روان درمانی، روان تحلیلی کودک و شرایط کنترل در درمان مشکلات رفتاری کودکان مورد بررسی قرار گرفت. در این طرح ۱۰۲ پسر ۶ تا ۱۲ ساله به طور تصادفی در سه موقعیت مداخله جایگزین شدند. یافته‌های تحقیق، حاکی از این بود که هر دو روش مداخله مؤثر بوده‌اند و نیز اثر بخشی بیشتر خانواده درمانی در مقایسه با درمان انفرادی کودک از نظر حفظ یکپارچگی خانواده در دراز مدت بود (موسوی، ۱۳۸۴).

ساختار خانواده، مجموعه نامرئی ویژگی‌هایی است که اعضای خانواده از آن طریق به یکدیگر مرتبط می‌شوند. خانواده زمانی به عملکرد سالم دست پیدا می‌کند که در خانواده مرزها و قواعد و نقش‌ها و قدرت روشن و مشخص باشد (مینوچین، ۱۹۹۹). طبق رویکرد ساختاری، مشکلات رفتاری کودکان نشان‌دهنده

1. Kaslow
2. Szapocznik

وجود مشکلاتی در الگوهای تعاملی خانواده بوده و به نظام مختل خانواده مربوط است. علایم مرضی کودکان، غرامتی است که نظام خانواده برای کاهش تعارض والدین و حفظ تعادل سیستم، به صورت ناکارا می‌پردازد (مینوجین، ۲۰۰۴). در این رویکرد قبل از برطرف کردن نشانه‌های مرضی، لازم است تغییراتی در ساختار خانواده صورت بگیرد. خانواده درمان‌گران ساخت‌نگر، بر کلیت نظام خانواده و تأثیر سلسله مراتب قدرت در خانواده و کارکرد به هم پیوسته زیرمنظومه‌های فرعی آن تأکید دارند و آنها را تعیین‌کننده اصلی بهزیستی اعضا می‌دانند. ساختار زیربنایی خانواده، انعطاف‌پذیری آن در پاسخ به شرایط متغیر در سراسر چرخه زندگی خانوادگی است که باعث ظهور الگوهای کارآمد یا ناکارآمد می‌گردد. علاوه بر این، تصور می‌شود که تغییرات رفتاری فردی و کاهش نشانه‌ها، به دنبال تغییر بستر تبادلات خانواده نمایان خواهند شد. (کلدنبرگ و کلدنبرگ، نقشبندی، ۲۰۰۰/۱۳۸۵)

فرا تحلیل چامبرلین و همکاران (۱۹۹۵) نیز اثربخشی خانواده درمانی را بر درمان اختلالات رفتاری در نوجوان نشان داده است (کلدنبرگ و کلدنبرگ، ۲۰۰۴). یافته‌های گلدنبرگ^۱ و همکاران (۱۹۹۸) نشان داد که خانواده درمانی ساختاری، تغییرات مثبتی در عملکرد خانواده، کودک و نوجوان ایجاد می‌نماید. این تغییرات در پی‌گیری یک‌سال نیز دوام خود را نشان داد. با بررسی یافته‌های مطالعات انجام شده در اثرات درمان‌های خانوادگی در بهبود اختلالات، به نظر می‌رسد که با اعمال درمان‌های خانوادگی، می‌توان شرایط لازم برای بهبودی کودکان دارای اختلال لیبازی را از طریق ایجاد تغییر در ساختار روابط والدین و اعضای خانواده فراهم کرد به همین منظور روش خانواده درمانی ساختاری الگوی مداخله در این پژوهش انتخاب شد.

روش

شبه‌آزمایشی - تک موردی^۱ با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه پژوهش، شامل کلیه خانواده‌های کودکان ۵ تا ۱۰ ساله دارای اختلال نافرمان - لجبازی که در سال ۱۳۸۶ به یکی از مراکز درمانی در شهر تهران مراجعه کرده بودند. از این جامعه به روش نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌ای مشتمل بر ۴ خانواده کودک که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند، انتخاب و پس از اعلام رضایت آنها برای شرکت در طرح پژوهشی مداخله، خانواده درمانی ساختاری با آنان شروع شد.

معیارهای ورود این خانواده‌ها عبارت بودند از: (۱) پایه تحصیلی والدین در حد دیپلم و بالاتر؛ (۲) سطح اقتصادی - اجتماعی خانواده حداقل متوسط؛ (۳) انگیزه همکاری و مشارکت در درمان برای والدین؛ (۴) پذیرش حضور کل افراد خانواده در جلسه درمان؛ (۵) داشتن کودکان دارای اختلال سنین ۱۰-۵ سال؛ (۶) داشتن بیش از یک فرزند؛ (۷) داشتن هوش نرمال و بالاتر کودک دارای مشکل. پژوهش حاضر جهت هر چه بیشتر نمودن دقت و صحت یافته‌ها، از معیارهای خروج چندی نیز برخوردار بود. این ملاک‌ها عبارت بودند از: (۱) وجود علائم روان‌پریشی در پدر، مادر و کودک؛ (۲) سابقه مصرف مواد مخدر پدر و مادر؛ (۳) غیبت در بیش از یک جلسه درمانی.

ابزار تحقیق

مقیاس اختلالات رفتاری راتر^۲ (فرم الف والدین): این پرسشنامه شامل ۳۰ عبارت است که در پنج بعد، قابل تقسیم‌بندی است. زمان تکمیل پرسشنامه توسط

1. Single Subject
2. Rutter's behavioral problem scale

والدین حدود ۱۰ دقیقه می‌باشد. در این آزمون، والدین رفتارهای کودک را در ۱۲ ماه گذشته مدنظر قرار داده و موارد لازم را پاسخ می‌دهند. ابعاد پنج‌گانه این ابزار عبارتند از: اضطراب - افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، بیش‌فعالی - پرخاشگری و اختلال کمبود توجه. راتر و اسمیت^۱ (۱۹۸۱) پایایی بازآزمایی و همسانی درونی این مقیاس را مناسب ذکر کرده‌اند. کرمی (۱۳۷۳) حساسیت^۲ آزمون را ۹۷ درصد و ویژگی^۳ آن را ۸۸ درصد گزارش کرده است.

محتوای برنامه مداخله درمانی

مداخله درمانی، شامل ۸ جلسه خانواده درمانی (حداکثر هفته‌ای دو جلسه) و یک جلسه پی‌گیری بود. مراحل مداخله درمانی به ترتیب زیر بود: مرحله اول: تعریف مسئله: بیان و تعریف مشکل از دیدگاه مراجع، تشخیص مشاور از مشکل و دیدگاه مشترک بین آنها؛ مرحله دوم: تظاهرات رفتاری: شناسایی تمام علائم و تظاهرات رفتاری اختلال نافرمانی - لجبازی کودک؛ مرحله سوم: بیان هدف کلی: تعیین اهداف کلی برای درمان اختلال نافرمانی - لجبازی کودک؛ مرحله چهارم: اهداف جزئی: درمان علائم و نشانه‌ها و تظاهرات رفتاری اختلال نافرمانی - لجبازی کودک از اهداف جزئی در نظر گرفته شد؛ مرحله پنجم: موانع: برطرف کردن موانع در درمان، مانند (مشغله کاری والدین، زندگی در خانواده گسترده) و اختلال‌های همبود در کودک؛ مرحله ششم: مداخلات درمانی: مداخلات اصلی بر اساس خانواده درمانی ساختاری استفاده شد؛ مرحله هفتم: تکالیف: در این

1. Rutter & Smith
2. Sensitivity
3. Specificity

مرحله تکالیفی بر عهده تمام اعضای خانواده قرار گرفته و از آنها خواسته می‌شد تا مسئولیت انجام تکالیف را متحمل شوند. در خانواده درمانی ساختاری، تکالیف به دو صورت: درون جلسه، بیرون از جلسه به خانواده داده می‌شود؛ مرحله هشتم: زمان‌بندی جلسات درمانی: برنامه‌ریزی زمان درمان به منظور مدت جلسات، تعداد جلسات و فاصله جلسات؛ مرحله نهم: ارزیابی: در این مرحله با توجه به اهداف درمان، نحوه عملکرد خانواده، پیشرفت‌ها، نقاط قوت و ضعف کار در طی جلسات مورد ارزیابی قرار داده شد.

یافته‌ها

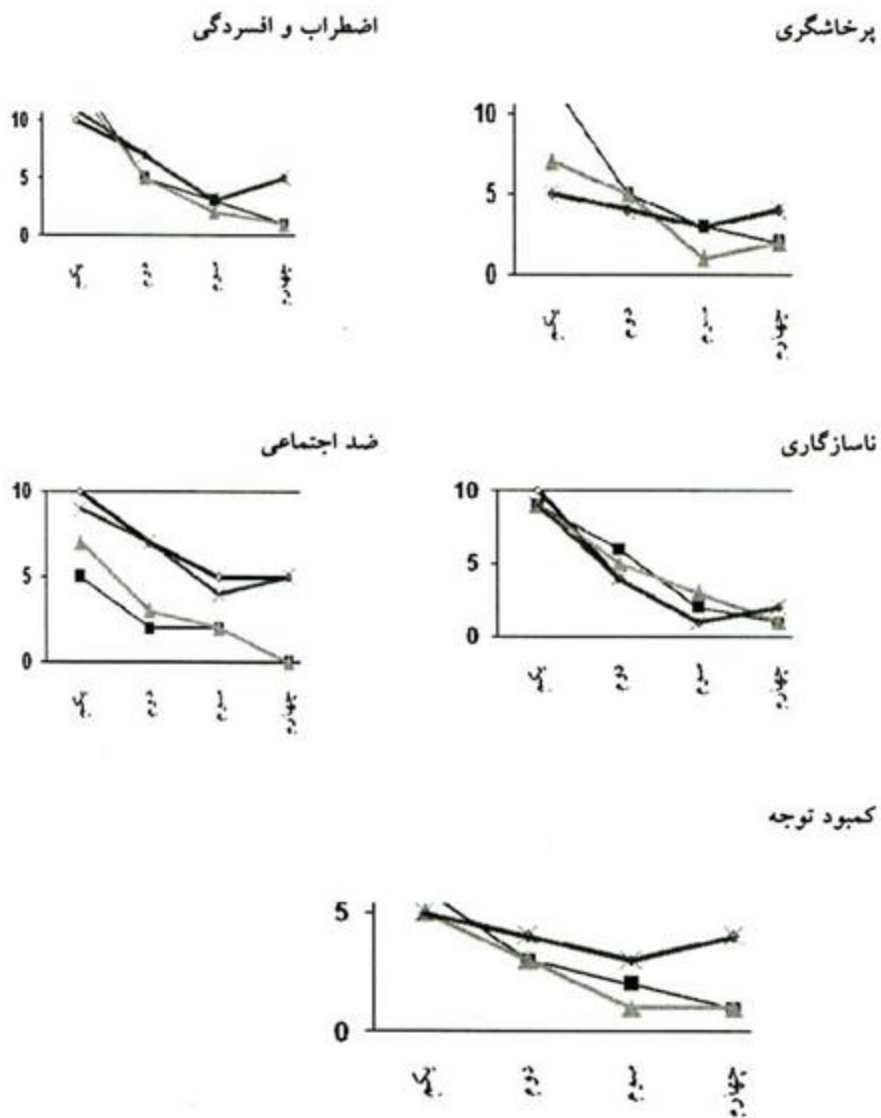
نمرات حاصل از پنج خرده‌مقیاس پرخاشگری، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری، ضد اجتماعی، کمبود توجه چهار آزمودنی مورد مطالعه در جدول (۱) ارائه شده است. یافته‌ها نشان می‌دهند نمرات خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری پس از خط پایه، شاهد کاهش میانگین و تغییر در راستای بهبود عملکرد در این حیطه‌های رفتاری در سه مرحله اول ارزیابی هستند. ولی در مرحله پی‌گیری مقداری بازگشت علائم مشاهده می‌شود؛ اما در کل علائم مشکل‌ساز نسبت به قبل از درمان کاهش پیدا کرده است (جدول ۱).

جدول ۱- میانگین داده‌های ارزیابی رفتاری راتر آزمودنی اول

شماره آزمودنی	نوبت ارزیابی	خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری				
		پرخاشگری	اضطراب و افسردگی	ناسازگاری	ضد اجتماعی	کمبود توجه
۱	یکم (خط پایه)	۵	۱۰	۱۰	۱۰	۵
	دوم (پیش آزمون)	۴	۷	۴	۷	۴
	سوم (پس آزمون)	۳	۳	۱	۵	۳
	چهارم (پی‌گیری)	۴	۵	۲	۵	۴

۲	یکم (خط پایه)	۱۲	۱۴	۹	۵	۶
	دوم (پیش آزمون)	۵	۵	۶	۲	۳
	سوم (پس آزمون)	۳	۳	۲	۲	۲
	چهارم (پیگیری)	۲	۱	۱	۰	۱
۳	یکم (خط پایه)	۷	۱۳	۹	۷	۵
	دوم (پیش آزمون)	۵	۵	۵	۳	۳
	سوم (پس آزمون)	۱	۲	۳	۲	۱
	چهارم (پیگیری)	۲	۱	۱	۰	۱
۴	یکم (خط پایه)	۵	۱۱	۹	۹	۵
	دوم (پیش آزمون)	۴	۷	۴	۷	۴
	سوم (پس آزمون)	۳	۳	۱	۴	۳
	چهارم (پیگیری)	۲	۵	۲	۵	۴

جهت نشان دادن هرچه بهتر تغییرات صورت یافته، از نمودارهای زیر که تأثیر مداخله خانواده درمانی ساختاری را بر پنج خرده‌مقیاس پرخاشگری، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری، ضد اجتماعی، و کمبود توجه در آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد، استفاده شد. این نمودارها، مؤید این امر هستند که پس از اعمال مداخلات درمانی، مشکلات رفتاری کاهش یافته است و در کل علائم نسبت به قبل از درمان کاهش قابل توجهی را نشان می‌دهد.



نمودار ۱- وضعیت چهار آزمودنی مورد مطالعه در نوبت یکم، دوم، سوم و چهارم ارزیابی در خرده‌مقیاس‌های پنجگانه مشکلات رفتاری راتر

با جمع‌بندی و مقایسه تفسیرهای مرتبط با هر یک از آزمودنی‌ها، می‌توان اثربخشی نظام خانواده درمانی ساختاری را بر متغیرهای پژوهشی به شرح ذیل نشان داد: در مقیاس فهرست ارزیابی راتر در رابطه با خرده مقیاسهای پرخاشگری، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری، ضد اجتماعی، کمبود توجه، موارد اضافی این حیطه رفتاری در همه آزمودنی‌های اول، دوم و سوم و چهارم قابل مشاهده است؛ با این تفاوت که در رابطه با آزمودنی اول و چهارم، در مرحله پی‌گیری مقداری بازگشت علائم دیده می‌شود ولی در ارزیابی راتر کلی در تمام آزمودنی‌ها نسبت به قبل از مداخله درمانی کاهش علائم مشهود است. در بررسی ارزیابی مشکلات رفتاری، ملاحظه می‌گردد که آزمودنی‌های دوم و سوم، کاهش قابل ملاحظه‌ای را در این مشکلات رفتاری نشان داده‌اند؛ در حالی که در آزمودنی اول و چهارم، تغییرات مشاهده شده مقداری کمتر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

سازوکار تغییرات در خانواده درمانی ساختاری، از طریق مداخلاتی چون فنون الحاق، برون‌سازی و..... باعث تأثیر بر بازسازی خانواده که شامل: مرزسازی، طرح تعارضات زیرمنظومه زناشویی و زیرمنظومه والدین بدون حضور کودک و آموزش‌های مؤثر برای حل تعارض‌های موجود بین والدین، تصحیح الگوهای رفتاری و ارتباطی مختل، عدم تمرکز بر نشانه‌های مرضی و... در مدت مداخله درمانی پژوهش روی آزمودنی‌ها موجب تغییرات در ساختار خانواده شده و عملکرد مثبت خانواده را بالا برده در نتیجه نشانه‌های مرضی اختلال را کاهش داده است.

بررسی نتایج آزمودنی اول (کودک) کاهش نشانه‌های اختلال بعد از مداخلات

درمانی را نشان می‌دهد. در دوره درمان، کاهش نمرات را در زیر مقیاس‌های مخالفت‌جویی و مشکلات بی‌توجهی و پرخاشگری، اضطراب، افسردگی ناسازگاری اجتماعی دیده می‌شود. اما در مرحله پی‌گیری، اندکی بازگشت نشانه‌های اختلال در کودک ملاحظه می‌شود. اما این بازگشت، خیلی کمتر از ارزیابی رفتاری در پیش‌آزمون است.

قابل توجه است که مادر کودک اول در اعمال روش‌های آموخته شده و انجام تکالیف در جلسات درمانی، پی‌گیری خاصی نشان می‌داد، اما پدر خانواده همکاری کمتری داشت. به‌طور کلی، آنچه ممکن است افزایش نمرات مخالفت‌جویی و مشکلات دیگر در مرحله پی‌گیری را برای آزمودنی اول، توجیه کند، آن است که پدر در فاصله زمانی درمان با یک شکست مالی روبرو شد و در چند جلسه درمان، حاضر نشد. این از موانعی بود که در طرح درمانی این خانواده مد نظر قرار گرفت. همچنین خانواده این کودک، با مشکلات عمیق و بنیادین ساختاری (خیانت به همسر) که از مشکل‌ترین موضوعات در خانواده درمانی محسوب می‌شود، درگیر بودند و اختلاف شدیدی بین والدین بر ضد کودک برای رسیدن به تعادل از دست رفته خانواده، وجود داشت که زمان طولانی‌تری را برای ثبات کار آمد در ساختار معیوب خانواده می‌طلبد. پس تغییر عادات رفتاری کودک، به صورت اساسی به زمان بیشتری نیازمند بود و قطعاً عدم احساس آرامش، امنیت و نگرانی کودک در شرایط وجود تعارض در خانواده و والدین به نحو بارزی رخ می‌دهد (نیکلز و شوارتز^۱، ۲۰۰۴). موقعیت‌های پرخطر بازگشت اختلال و زمینه‌هایی که ممکن است سبب بازگشت و عود مجدد بیماری، برای خانواده در جلسات

درمانی توضیح داده شد. بنابراین، قدم به قدم آن عوامل و زمینه‌ها را شناسایی و راه‌های پیشگیری به خانواده آموخته شد تا بتوانند بهتر با مشکلات روبرو شوند. رفع تعارضات خانواده، می‌تواند شرایط را در جهت مثبت رقم زده و احساس آرامش، امنیت و عدم نگرانی و مشکلات رفتاری را به همه اعضای خانواده و به‌خصوص، کودک هدیه می‌دهد.

بررسی نتایج آزمودنی دوم (کودک)، کاهش نشانه‌های اختلال بعد از مداخلات درمانی را نشان می‌دهد. کاهش نمرات را در زیر مقیاس‌های مخالفت جویی و مشکلات بی‌توجهی و پرخاشگری، اضطراب، افسردگی ناسازگاری اجتماعی به طور قابل ملاحظه‌ای مشهود است. در این خانواده پدر و مادر و تمام اعضای خانواده در تمام جلسات درمانی شرکت کرده و تکالیف درمانی را به خوبی انجام می‌دادند و درمان و کاهش نشانه‌های اختلال کودک در مرحله پی‌گیری هم به خوبی ادامه پیدا کرد. قابل گفتنی است که والدین این آزمودنی، انگیزه و تلاش بیشتری در اجرای اصول آموخته شده در جلسات نشان می‌دادند. ویس و ویس (۲۰۰۲) نیز اشاره کرده‌اند که شرکت فعال والدین در جلسات و انگیزه آنها،

در نتایج درمان تأثیر تعیین‌کننده‌ای دارد. (کرین‌میل، زرگری، ۱۳۸۶/۲۰۰۰)

بررسی نتایج آزمودنی سوم (کودک)، کاهش نشانه‌های اختلال بعد از مداخلات درمانی را نشان می‌دهد. کاهش نمرات را در زیر مقیاس‌های مخالفت جویی و مشکلات بی‌توجهی و پرخاشگری، اضطراب، افسردگی ناسازگاری اجتماعی به‌طور قابل ملاحظه‌ای مشهود است. در این خانواده پدر پی‌گیری خیلی خوبی داشت، همین امر موجب افزایش اعتماد به نفس، احساس صلاحیت و کاهش استرس هر دو والدین شد و همکاری و مشارکت آنها را نسبت به امور یکدیگر

و فرزندشان بیشتر کرد. در این خانواده، پدر به دلیل نگرش‌هایی بلندپروازانه در امور بیرون از خانواده (مسائل سیاسی، بی‌مسئولیتی نسبت به خانواده) در طول درمان، نیازمند راهنمایی و توضیحات بیشتری از سوی درمانگر بود. در هر جلسه با توضیحات درمانگر، تکالیف را در داخل و خارج جلسه انجام می‌داد و در انجام آنها، دقت لازم را داشت. احتمالاً به همین دلیل، تسلط وی بر اصول آموخته شده و کسب مهارت‌ها عمیق‌تر صورت گرفت. یک ماه پس از درمان، محتوای تمام جلسات (مرحله پی‌گیری) به‌ثمر نشست و تأثیرات قابل مشاهده‌ای بر رفتارهای کودک گذاشت. روابط خانوادگی در چنین ساختاری، باعث شد کودک بیش از اندازه و به صورت غیر لازم، درگیر تعارضات والدین نشده و به جای نگرانی از روابط والدین و عدم تداوم زندگی خانوادگی، به احساس امنیت و وابستگی ایمن برسد. (مینوچین، ۲۰۰۴)

بررسی نتایج آزمودنی چهارم (کودک) کاهش نشانه‌های اختلال بعد از مداخلات درمانی را نشان می‌دهد. در دوره درمان، کاهش نمرات را در زیر مقیاس‌های مخالفت‌جویی و مشکلات بی‌توجهی و پرخاشگری، اضطراب، افسردگی ناسازگاری اجتماعی دیده می‌شود. اما در مرحله پی‌گیری، اندکی بازگشت نشانه‌های اختلال در کودک ملاحظه می‌شود، اما این بازگشت، خیلی کمتر از ارزیابی رفتاری پیش‌آزمون است. در مورد خانواده این کودک، حضور درمانگر برای اجرای آموخته‌ها عامل تعیین‌کننده‌ای بوده است، چرا که شخصیت، منش و رفتار خود درمانگر، از عوامل اثرگذار در روند درمان می‌باشد. این موضوع توسط نتایج مختلفی که در پژوهش‌های کنترل‌شده یکسان، به دلیل متفاوت بودن درمانگر به دست آمده، نشان داده شده است. همین علت با قطع درمان آنها در

اجرای اصول رفتاری کاهش یافته است (مکنی^۱، ۲۰۰۱). همچنین وجود مشکلات و درهم تنیدگی‌های اساسی والدین با خانواده اصلی، زمان بیشتری را برای تغییر در روابط زیرمنظومه‌های زن و شوهری و مرزهای خانوادگی و قواعد خانوادگی می‌طلبد و زمان بیشتری را برای تغییر در ساختار خانواده لازم دارد.

نتایج پژوهش حاضر، نشانگر تأثیرات مثبت خانواده درمانی ساختاری، بر نشانه‌های اختلال نافرمانی - لجبازی کودکان بوده است. شواهد علمی مبتنی بر تحقیقات، نشان داده شده است که خانواده درمانی در درمان اختلالات دوران کودکی، نتایج مهمی را در خصوص فرایند و پیامدهای موفق نشان داده است. از دیدگاه خانواده درمانی ساختاری، یکی از عوامل مهم ایجاد مشکلات کودک علاوه بر وجود تعارضات بین والدین و سایر اعضای خانواده، سرایت مشکلات زیر مجموعه خانواده به همدیگر، خصوصاً فرزندان و ایجاد مثلث‌های مختلف در روابط اعضای خانواده، بالاخص والدین با کودک بیمار می‌باشد. در تشخیص گذاری انواع اشکالات ساختاری، خانواده‌های مختلف در روابط اعضای خانواده بالاخص والدین با کودک بیمار باشد. در واقع، اختلالات کودکان در تشخیص انواع اشکالات ساختاری خانواده‌های مختل به عنوان بخشی از مشکلات مرزی مزمن محسوب شده و ناشی از انتقال استرس‌های یک زیرمجموعه به سایر زیرمنظومه‌ها می‌باشد. اگر یک زیرمنظومه همواره از فرد معینی که عضو زیرمجموعه آنها نیست، برای نشر تعارضات زیرمجموعه‌ای 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 می‌شود. 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 زیرمجموعه‌ها، بنابر الگوی عملکرد ولی - فرزندی است (مینوجین، ۱۹۷۴؛ نثانی، ۱۳۸۵). یافته‌های این مطالعه، نشان می‌دهد خانواده درمانی ساختاری بر نشانه‌های اختلال نافرمانی - لجبازی کودکان تأثیر گذاشته است و با تحقیقات و مطالعات چامبرلین، پاترسیا و رولیکی و گیلبرگ (۱۹۹۵) و اسزاپوچنیک^۱ و همکاران (۱۹۹۰) و پژوهش‌های رایس^۲ و همکاران (۱۹۹۵) و کر (۲۰۰۶) همسو است. با توجه به فرهنگ شرقی و مخصوصاً ایران و اهمیت متغیر سلسله مراتب قدرت، توصیه می‌شود از روش خانواده درمانی ساختاری که با فرهنگ کشور همخوانی دارد، استفاده شود.

منابع

۱. خدا یاری فرد، محمد (۱۳۸۵): روان‌شناسی مرضی کودک و نوجوان، تهران، دانشگاه تهران.
۲. زرگری‌نژاد، غزاله (۱۳۸۶): اثر بخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان (ADHD)، فصلنامه علمی - پژوهشی، دوره ۳، شماره ۲، ص ۳۰.
۳. گلدنبرگ، ایرنه و گلدنبرگ، هربرت (۲۰۰۰): خانواده درمانی، ترجمه حمیدرضا حسین شاهی برواتی و سیامک، نقشبندی (۱۳۸۵)، تهران، نشر روان.

1. Szapocznik
2. Raise

۴. لطفی کاشانی، فرح و وزیری، شهرام (۱۳۸۱)؛ روان‌شناسی مرضی کودکان، ویرایش دوم، تهران، نشر ارسباران.
 ۵. موسوی، رقیه (۱۳۸۴)؛ بررسی تأثیر خانواده درمانی ساختاری بر اختلال اضطراب جدایی کودکان، پایان‌نامه دکتری مشاوره، تهران، دانشگاه تربیت معلم.
 ۶. موسوی، سید ابراهیم (۱۳۷۷)؛ بررسی تأثیر خانواده درمانی ساختاری بر اختلال رفتاری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، تهران، انستیتو روان‌پزشکی.
 ۷. مینوچین، سالوادر (۱۹۹۴)؛ خانواده و خانواده درمانی، ترجمه باقر ثنایی (۱۳۸۵)، تهران، امیر کبیر.
8. American Psychiatric Association. (2002); *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, D C.
 9. Carr, A. (2006). *Family Therapy: Concepts; Process and Practice*, New York Wiley
 10. Cheah Charisa and Park Sung-Yung(2006); *Sout Korean mothers beliefs regarding aggression and social withdrawal in preschoolers. Early childhood research quarterly*. Vol.21, pp.61-75.
 11. Dunn, R. et al (1995); *Meta-analytic review of marital therapy outcome research*, *Journal of the American Academy of child & Adolescent psychiatry*, 42-7 .
 12. Kaplan H.L.& Sadock B., (2003); *Synopsis of psychiatry, Behaviors Sciences/ Clinical Psychiatry*, Wiliam & Wilkins, USA.
 13. Goldenberg I & Goldenberg H., (2004); *Family Therapy*, Peacock Publishers.

14. Hackney, H. L., Sheirian, C., (2001); *The Professional Counselor, A process Guide to Helping*, West Virginia University. Copyright by Allyn and Bacom.
15. Minuchin, S., Lee, W. & Simong., (1999); *Matering Family Therapy, Journal of Growth and Transformation*, New York: John Wiley.
16. Minchin. S. (2004); *Gary Courtney Family Kaleidoscope. Image of Violence and Health*, Harvard University Press.
17. Nichols, M. P., & Schwartz, R.C., (2004); *Family Therapy. Concepts and Methods*, John Wiley.
18. Schroeder, N., & Gordon. B. (2002); *Assessment & treatment to child hood problems: a clinical guide*, New York, Guilford Press.