

اثر بخشی درمان سیستمی بوون بر اضطراب مزمن و سبک زندگی

فاطمه قره باغی^۱، محمد علی بشارت^۲، رضا رستمی^۳

و مسعود غلامعلی لواسانی^۴

سبک زندگی و اضطراب مزمن از دلایل اصلی ابتلا به بیماری‌های مزمن و یکی از منابع مهم اضطراب مزمن، سیستم هیجانی خانواده است. هدف این مطالعه طراحی و ارزیابی اثربخشی مداخله‌ای بر اساس نظریه سیستم‌های خانواده بوون برای کاهش اضطراب مزمن و بهبود رفتارهای سلامت در زوج‌هایی بود که واجد نشانه‌های اضطراب مزمن در سیستم هیجانی خانواده بودند. برای این منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی، ۳۸ زوج با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه گواه کاربندی شدند. زوجها قبل، بعد و دو ماه بعد از اتمام مداخله از نظر ژنوگرام و سبک زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. مداخله روانی-آموزشی خانواده محور در ۷ جلسه طراحی و اجرا شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس و اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که این مداخله می‌تواند رفتارهای سلامت را بهبود بخشد و نشانه‌های اضطراب مزمن در سیستم هیجانی خانواده را به شکلی معنادار کاهش دهد. نتایج این پژوهش را می‌توان در برنامه‌های درمانی اضطراب، پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های مزمن و معرفی مدل جدیدی در روان‌شناسی سلامت بر اساس نقش روابط بین فردی و عوامل هیجانی در سلامت و سبک زندگی مورد استفاده قرار داد.

کلید واژه‌ها: اضطراب مزمن، رفتارهای سلامت، سیستم هیجانی خانواده، نظریه بوون

مقدمه

مطالعه نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی سبک زندگی و رفتارهای ناسالم بیشتری دارند (داگوستینو، گراندی، سالیوان و ویلسون، ۲۰۰۱). یکی از نظریه‌های خانواده محور که بر نقش اضطراب مزمن در شکل‌گیری بیماری‌های مزمن جسمانی و روان‌شناختی تأکید می‌کند نظریه سیستم‌های خانواده بوون است (بوون، ۱۹۷۸). در این نظریه، مهمترین منبع اضطراب مزمن سیستم هیجانی

۱. دپارتمان روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران (نویسنده مسوول) fagh_1977@yahoo.com

۲. دپارتمان روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

۳. دپارتمان روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

۴. دپارتمان مبانی روانی آموزش و پرورش، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

خانواده است. بوون (۱۹۷۸) معتقد است که افراد و خانواده‌ها درون یک سیستم هیجانی زندگی می‌کنند که نقش مهمی در کیفیت روابط بین فردی، نشانه‌های آسیب شناختی روانی و سلامت آنها دارد. زمانی که افراد در موقعیت‌های پر استرس قرار می‌گیرند، در اغلب مواقع به سختی می‌توانند سیستم هیجانی و عقلانی خود را از یکدیگر متمایز کنند و واکنش‌های هیجانی بیشتری نسبت به واکنش‌های عقلانی در برابر محیط از خود نشان می‌دهند. این واکنش‌پذیری هیجانی هسته همه اختلالات و نشانه‌های آسیب شناختی روانی و جسمانی است. بر اساس نظریه بوون (۱۹۷۸) بیماری مزمن در یک چرخه معیوب هم حاصل تمایز نیافتگی سیستم هیجانی خانواده و اضطراب ناشی از آن و هم عامل ایجاد اضطراب برای کل سیستم خانواده است. این تمایز نیافتگی و بلوغ عاطفی پایین منجر به شکل‌گیری اضطراب مزمن در سیستم هیجانی خانواده می‌شود. بیماری‌های مزمن مثل آرتریت روماتوئید، زخم معده و یا افسردگی می‌توانند مقدار زیادی از تمایز نیافتگی خانواده هسته‌ای را جذب و سایر حوزه‌ها را از نشانه‌ها حفظ کنند (کر و بوون، ۱۹۸۸). افرادی که تمایز یافتگی پایینی از سیستم هیجانی خانواده دارند بیشتر درگیر مکانیسم‌های دفاعی هیجانی مثل واکنش‌پذیری هیجانی، گسستگی عاطفی و همجوشی یا مثلث‌سازی با دیگران (راهکار ناکارآمدی برای اداره کردن موقعیت‌های پر استرس از طریق وارد کردن شخص سومی در رابطه با همسر به منظور کاهش اضطراب و تعارض) می‌شوند و در نتیجه اضطراب مزمن بیشتری را در روابط خود با دیگران تجربه می‌کنند و در موقعیت‌های استرس‌زا نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی بیشتری همچون اختلال‌های روان‌تنی و خلقی نشان می‌دهند (بوون، ۱۹۷۸). در این نظریه، نیروهایی که بیماری را ایجاد و حفظ می‌کنند محدود به فرایند خود بیماری یا فرد بیمار نیستند. ژنها و عوامل بیماری‌زا در ابتلا به بیماری‌ها نقش دارند، ولی افراد می‌توانند با این عوامل سازگاری موفق (بیمار نشدن) یا ناموفقی (ابتلا به بیماری) داشته باشند. سیستم هیجانی اثر مهمی بر سازگاری افراد دارد و ژنها، سیستم ایمنی، سیستم هورمونی و سایر سیستم‌های فیزیولوژیکی نیز بخشی از سیستم هیجانی هستند.

بنابراین، یک پاسخ ایمنی نامناسب به عوامل میکروبی هم می‌تواند منعکس‌کننده اختلال در سیستم هیجانی باشد (شوله و و و شووری، ۲۰۰۳). در این راستا، تحقیقات نشان داده‌اند که تمایز یافتگی با اضطراب مزمن (اسکورون و فریدلندر، ۱۹۹۸)، سلامت جسمانی (پلگ-پاپکو، ۲۰۰۲) و کیفیت زندگی و سلامت (قره باغی، ۲۰۱۱) رابطه معنادار دارد. از جمله منابع اصلی اضطراب مزمن می‌توان به استرس شغلی، نارضایتی زناشویی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی اشاره کرد (اسمیت و بلومنتال، ۲۰۱۱). حمایت عاطفی خانواده و به همان میزان تعارض و انتقادگری خانواده با بهزیستی عاطفی،

رفتارهای سلامت، عملکرد دستگاه‌ایمی و فشار خون بیماران در انواع بیماری‌ها مثل مشکلات قلبی عروقی، درد مزمن، آرتریت، سرطان، دیابت نوع II و به همان میزان در افراد سالمی که در خطر بیماری هستند رابطه دارد (مارتایر و شولتز، ۲۰۰۷). دورتی و آلن (۱۹۹۴) عنوان می‌کنند که هر قدر کیفیت روابط خانواده ضعیف تر باشد، اعضای آن بیشتر درگیر رفتارها یا عادت‌های ناسالم می‌شوند. فونسکا، آیرلند و رزینیک (۲۰۰۲) نیز نشان داده‌اند که تعامل‌های مثبت خانواده عاملی محافظ در برابر تغذیه ناسالم هستند. برخی از محققان یک عضو خانواده مثل همسر را در مداخلات روان درمانی وارد می‌کنند. منطقی وارد کردن خانواده به درمان را می‌توان در مدل زیستی- روانی- اجتماعی سلامت و مدل‌های سیستمی خانواده ملاحظه کرد. یافته‌های تجربی از این مدل‌ها حمایت کرده‌اند و نشان داده‌اند که روابط اجتماعی نزدیک به خصوص رابطه زناشویی می‌تواند سیستم‌های زیستی، رفتارهای سلامت و بهزیستی روان‌شناختی افراد را تحت تاثیر قرار دهند (مارتایر، لاستیگ، شولتز، میلر و هلگسون، ۲۰۰۴). نیوبری (۲۰۰۷) بر اساس مفاهیم اصلی نظریه سیستم‌های خانواده بوون، رابطه تمایز یافتگی را با سبک زندگی و بازتوانی بیماران پس از عمل پیوند کرونر قلبی بررسی کرده و نشان داده است که تمایز یافتگی بیماران و همسران آنها رابطه مثبتی با سطح رضایت زناشویی و تفاوت‌های معنادار در تبعیت از رژیم غذایی و فعالیت جسمانی آنها دارد. با توجه به نقش خانواده در اضطراب مزمن، اختلالات و سلامت افراد، این پژوهش به دنبال پاسخ به این پرسش بود که آیا مداخله روانی- آموزشی خانواده محور بر اساس نظریه سیستم‌های خانواده بوون می‌تواند اضطراب مزمن را در سیستم هیجانی خانواده هسته‌ای کاهش و رفتارهای سلامت یا سبک زندگی را در زوج‌ها ارتقا دهد؟

روش

این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه‌این تحقیق زوجهای ۳۰ تا ۵۰ سال متاهلی بود که به کلینیک روانپزشکی آتیه مراجعه می‌کردند و بر اساس نظریه بوون واجد سه نشانه اضطراب مزمن در سیستم هیجانی خانواده (تعارض زناشویی، بیماری جسمانی و اختلال روان‌شناختی و مشکلات فرزندان) بودند، تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، حداقل دیپلم و حداکثر لیسانس داشتند و از طبقه متوسط اقتصادی- اجتماعی برخوردار بودند. از این جامعه، ۳۸ زوج به روش در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی گواه قرار داده شدند. برای رعایت معیارهای اخلاقی پژوهش، ضمن اشاره به محرمانه بودن اطلاعات شرکت کنندگان، از آنها رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد و هر زمان که مایل بودند می‌توانستند به شرکت

در درمان پایان دهند. در پایان پژوهش، برای اعضای از گروه کنترل که تمایل داشتند جلسات درمان برگزار شد. آزمودنی‌ها قبل، بعد از اتمام و ۲ ماه بعد از اتمام پژوهش با نیمرخ سبک زندگی سالم^۱ و مصاحبه ژنوگرام خانواده^۲ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

نیمرخ سبک زندگی سالم برای سنجش رفتارهای سلامت استفاده می‌شود (والکر و هیل پولرسکی، ۱۹۹۶). این مقیاس ۵۲ سوال و ۶ زیر مقیاس برای سنجش سلامت رفتار و سبک زندگی در ۴ درجه برای پاسخدهی دارد. زیر مقیاس‌های آن شامل مسوولیت سلامت، رشد معنوی، فعالیت جسمانی، رژیم غذایی، روابط بین فردی و مدیریت استرس هستند که نمره بالاتر در هر زیر مقیاس نشانگر رفتارهای سالم بیشتر است. این ابزار از همسانی درونی بالایی برای کل مقیاس برخوردار بوده (آلفای کرونباخ ۰/۹۴) و ضریب پایایی بازآزمایی آن بعد از ۳ هفته ۰/۸۹ گزارش شده است (نیوبری، ۲۰۰۷).

مصاحبه ژنوگرام خانواده به منظور ارزیابی ۴ فرایند هیجانی و نشانه‌های اضطراب مزمن در خانواده بر اساس نظریه سیستم‌های خانواده بون ساخته شد (پلات، اسکورون، کارنی و کالیکوویچ، ۲۰۰۸) و ۲۹ سوال و ۴ زیر مقیاس تعارض زناشویی، گسستگی عاطفی، نشانگان اختلال در همسر، و یک نمره کل هم برای نشانگان اختلال در سیستم زوجی دارد. زیر مقیاس چهارم یعنی تمرکز بر یک فرزند که مقدار اضطراب منتقل شده به فرزند را می‌سنجد و شامل رفتارهای بیش‌حمایتی، وابستگی عاطفی در رابطه والد-فرزند و ناتوانی والدین برای پرورش استقلال کودک است. آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ برای سایر زیر مقیاس‌های آن گزارش کرده شده است (پلات و همکاران، ۲۰۰۸).

شیوه‌ی اجرا

در این مداخله، ۲ اصل درمان بون (۱۹۷۸) یعنی مدیریت واکنش‌های هیجانی در جلسه گروهی و مثلث‌سازی نکردن درمانگر با افراد و خنثی بودن رعایت شد. شرح جلسات درمان در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. شرح جلسات درمان بر اساس درمان بون (۱۹۷۸)

<p>جلسه مقدماتی؛ آشنایی و ارزیابی توسط مصاحبه بالینی و پرسشنامه‌ها</p> <p>جلسه اول؛ اضطراب و واکنش هیجانی به آن: آموزش در مورد اضطراب مزمن و اثرات جسمانی، رفتاری، اجتماعی آن و نقشی که در سبک زندگی، سلامت و بیماری دارد، سوال از تک تک اعضا در مورد علائم اضطراب مزمن در خود و خانواده‌هایشان شامل تعارض زناشویی، فاصله عاطفی از همسر، روابط مثلثی، واکنش‌های هیجانی منفی، مشکلات رفتاری فرزندان و مشکلات جسمانی و روان‌شناختی، بررسی انواع واکنش‌های هیجانی منفی)</p> <p>جلسه دوم؛ مدیریت هیجان: بحث در مورد تفاوت واکنش هیجانی با عقلانی و استفاده از گزینه‌های رفتاری مختلف به جای هدایت شدن</p>

توسط هیجانهای خود، مدیریت کردن هیجانها در مواقع مشاجره و اضطراب با فونونی مثل گوش دادن فعال، فکر کردن به پیامدهای رفتارها، تاکید بر فرایند و نحوه ارتباط برقرار کردن به جای محتوای بحث، پذیرفتن تفاوتها با همسر و خانواده همسر و ارتباط برقرار کردن با آنها بدون واکنش های هیجانی

جلسه سوم؛ مثلث سازی و فاصله عاطفی از همسر و خانواده مبدأ: توضیح به زوجها در مورد اینکه چرا و چگونه روابط مثلثی می سازیم، چطور اضطراب و تعارض باعث فرار کردن از یک رابطه و چسبیدن به یک رابطه دیگر می شود، روابط مثلثی چطور باعث فاصله عاطفی از همسر می شوند، بحث در مورد برخی سازوکارهای تنظیم فاصله در رابطه مثل مشغول شدن افراطی با کار، روابط فزاینده، سوء مصرف مواد و فرار از خانه پدری از طریق ازدواج

جلسه چهارم؛ مثلث زدایی و کم کردن فاصله عاطفی: آموزش در مورد تفاوت مثلث سازی های بی فایده که برای دلسوزی، جلب طرفدار و متحد شدن با شخص سوم در برابر همسر به وجود می آیند با مثلث سازی با شخص بی طرفی مثل درمانگر برای حل مشکلات، مثلث زدایی با خانواده های مبدأ و همسر از طریق دوباره ارتباط برقرار کردن با آنها ولی بدون واکنش هیجانی و طرفداری.

جلسه پنجم؛ مقصر یابی: آموزش به گروه در مورد ویژگیهای رابطه بلوغ یافته و نقش مسوولیت پذیری در رابطه و علیت حلقوی برای درک بهتر چگونگی تداوم تعارض ها و نقش خود فرد در تعاملات، کمک به اعضا برای مشاهده مسوولیت و نقش خود در رابطه با دیگران

جلسه ششم؛ مسوولیت پذیری و خود پیروی: تمرین برای افزایش مسوولیت پذیری و تلاش برای تغییر دادن خود به جای دیگران، کم کردن سرزنش و انتقاد و نحوه درست بیان احساسات و باورهای شخصی، فکر کردن به پیامد رفتارهای خود و پذیرفتن مسوولیت آنها، گوش دادن به نظرات دیگران بدون واکنش نشان دادن، نگران نبودن برای جایگاه خود در سلسله مراتب ها، از جانب خود حرف زدن و مطرح کردن شکایت ها به صورت درخواست

جلسه هفتم؛ جمع بندی نهایی و ارایه پرسشنامه ها: مرور تمرین های قبل، ارایه خلاصه مهارت های آموزش داده شده و تمرین ها برای گزارش نویسی اعضا به مدت ۲ ماه برای تثبیت تغییرات و افزایش مسوولیت پذیری اعضا و ارایه پرسشنامه ها برای پس آزمون.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس همراه با اندازه گیری های مکرر و نسخه ۱۹ نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها

جدول ۱ مولفه های توصیفی متغیرها را به تفکیک پیش تست، پس تست و پیگیری ارایه می کند.

جدول ۱. مولفه های توصیفی متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله ی اندازه گیری

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر وابسته
sd	M	sd	M	sd	M		
۲۵/۸۳	۱۳۳/۷۸	۲۳/۵۹	۱۳۷/۸۴	۳۱/۰۲	۱۷۶/۰۰	آزمایشی	نشانه های اضطراب
۳۶/۸۴	۲۱۱/۱۰۵	۳۶/۰۷	۲۰۵/۷۸	۳۵/۱۹	۱۹۳/۳۶	کنترل	
۲۰/۱۵	۱۴۰/۲۶	۱۷/۵۶	۱۳۴/۳۱	۱۸/۴۹	۱۱۱/۶۳	آزمایشی	رفتارهای سلامت
۱۱/۹۶	۹۶/۲۶	۱۱/۶۵	۱۰۰/۲۱	۱۳/۳۷	۱۰۴/۸۹	کنترل	

برای پیشگیری از اثر همپوشی، از میانگین نمرات هر زوج برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. در بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس، آزمون‌های لوین، موشلی و ام باکس معنادار نبودند ($P > 0.05$) یعنی مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها و کرویت برقرار بودند. جدول ۲ خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس چند متغیری و اثرات اصلی و تعاملی متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری و اثرات اصلی و تعاملی متغیرهای وابسته

متغیر	اثر	شاخص لامبدای ویلکز	پارامتر غیر مرکزی	F	df	Sig.	eta
نشانه‌های اضطراب	تکرار آزمون	۰/۵۴	۲۹/۶۳	۱۴/۸۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵
رفتارهای سلامت	گروه * تکرار	۰/۱۵	۱۹۷/۴۰	۹۷/۸۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴
رفتارهای اضطراب	تکرار آزمون	۰/۴۶	۴۰/۱۵	۲۰/۰۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳
سلامت	گروه * تکرار	۰/۲۴	۱۰۶/۷۷	۵۳/۳۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵

معناداری شاخص‌های آزمون چند متغیری در جدول ۱ نشان می‌دهد که تحلیل واریانس چند متغیری برای عامل درون گروهی (زمان) و تعامل بین گروه و زمان معنادار است. بنابراین بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. جدول ۳ اثرات بین آزمودنی‌ها یا تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه را نشان می‌دهد:

جدول ۳. آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها یا تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه

متغیر	اثر	MS	F	df	Sig.	eta
نشانه‌های اضطراب	اثر گروه	۲۷۸۸۹/۲۹	۲۸/۷۷	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴
رفتارهای سلامت	اثر گروه	۷۵۹۸/۰۸	۳۳/۹۴	۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸

نتایج جدول ۳ نشانگر تفاوت معنادار گروه آزمایشی و کنترل در متغیرهای وابسته در نتیجه مداخله است. جدول ۴ مقابله‌های بین آزمودنی‌ها یا اثرات ساده در دو گروه در سه زمان را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد، در حالیکه نتایج پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار پیدا نکرده و این نشان دهنده ثابت ماندن اثر درمان در پیگیری ۲ ماهه است. مقایسه میانگین‌ها در جدول ۴ نیز نشان می‌دهد که نمرات نشانه‌های اضطراب در گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. همچنین،

میانگین رفتارهای سلامت در گروه آزمایشی افزایش یافته است. با توجه به نتایج به دست آمده، مداخله روانی-آموزشی خانواده محور کوتاه مدت می‌تواند نشانه‌های اضطراب در سیستم هیجانی خانواده را کاهش و رفتارهای سلامت را افزایش دهد.

جدول ۴. مقابله‌های بین آزمودنی‌ها در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	اثر	زمان	MS	Sig.	F	eta
توانایی حل مسئله	تکرار	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۵۹۳۷/۵۰	۰/۰۰۱	۳۰/۴۴	۰/۴۵
	آزمون	پیش‌آزمون-پیگیری	۵۶۴۱/۲۸	۰/۰۰۱	۲۹/۶۷	۰/۴۵
		پس‌آزمون-پیگیری	۱۵/۱۵	۰,۴۸	۰/۵۰	۰/۰۱
توانایی مدیریت هیجان	تعامل گروه	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲۹۱۲۳/۷۸	۰/۰۰۱	۱۳۹/۴۳	۰/۸۰
	با تکرار	پیش‌آزمون-پیگیری	۳۴۲۶۰/۰۲	۰/۰۰۱	۱۸۰/۲۱	۰/۸۳
	آزمون	پس‌آزمون-پیگیری	۸۳۳/۷۸	۰/۰۰۱	۲۷/۵۱	۰/۴۳
توانایی برقراری روابط اجتماعی	تکرار	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳۴۲۹/۵۰	۰/۰۰۱	۳۷/۹۶	۰/۵۱
	آزمون	پیش‌آزمون-پیگیری	۳۸۰۰/۰۰	۰/۰۰۱	۲۹/۰۲	۰/۴۴
		پس‌آزمون-پیگیری	۳۸/۰۰	۰,۳۹	۰/۷۴	۰/۰۲
توانایی مدیریت استرس	تعامل گروه	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۹۹۲۰/۹۴	۰/۰۰۱	۱۰۹/۸۳	۰/۷۵
	با تکرار	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۳۱۹۱/۱۵	۰/۰۰۱	۱۰۰/۷۶	۰/۷۴
	آزمون	پس‌آزمون-پیگیری	۹۳۰/۱۰۵	۰/۰۰۱	۱۸/۲۵	۰/۳۳

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان سیستمی بوون در کاهش نشانه‌های اضطراب مزمن و افزایش رفتارهای سلامت یا سبک زندگی سالم بود. یافته‌ها نشان دادند که مداخله روانی-آموزشی خانواده محور کوتاه مدت بر اساس مدل زیستی-روانی-اجتماعی سلامت و درمان سیستمی بوون می‌تواند نشانه‌های اضطراب را کاهش و رفتارهای سلامت را بهبود بخشد. این یافته از فرضیه بوون در مورد نقش تمایز یافتگی در نشانه‌های اضطراب مزمن شامل تعارض با همسر، اختلال روان‌شناختی و بیماری جسمانی همسر و فراقکنی اضطراب به فرزندان حمایت می‌کند. برای تبیین علت اثر بخشی این درمان می‌توان به کاهش واکنش‌پذیری افراد و آگاه شدن آنها از فرایندهای هیجانی خانواده و همچنین کاهش مثلث سازی در خانواده هسته‌ای و با خانواده‌های مبدأ اشاره کرد که برای هر کدام دو جلسه درمان اختصاص داده شده بود و به عقیده بوون (۱۹۷۸) نیز واکنش‌های هیجانی و مثلث سازی

دو رکن اساسی اضطراب در سیستم هیجانی خانواده هستند. بنابراین، این مداخله توانسته است شاخص‌های تمایز یافتگی را بهبود بخشد. همچنین، این یافته، فرضیه نظریه سیستم‌های خانواده بوون در مورد نقش تمایز یافتگی در سلامت را تایید می‌کند و همسو با تحقیقات متعددی است که از نقش تمایز یافتگی در سلامت جسمانی (پلگ-پاپکو، ۲۰۰۲)، کیفیت زندگی و سلامت (قره باغی، ۲۰۱۱)، رفتار سلامت پس از جراحی در بیماران کرونر قلبی (نیوبری، ۲۰۰۷)، سلامت عمومی شامل اضطراب، افسردگی، مشکلات جسمانی و ناکارآمدی اجتماعی (ادیلی و پورهنگ، ۲۰۱۲)، سلامت روان‌شناختی (سهرابی، اسدی، حبیب‌الله زاده و پاناعلی، ۲۰۱۳) و سلامت بین فردی و روان‌شناختی در اوایل جوانی (اسکورون، استنلی و شاپیرو، ۲۰۰۹) حمایت کرده‌اند. برای تبیین بهبود رفتارهای سلامت در نتیجه مداخله روانی-آموزشی خانواده محور کوتاه مدت می‌توان به کاهش تعارض و بهبود روابط خانواده در نتیجه مداخله (با کمک آگاه کردن زوج‌ها از فرایند رابطه، کاهش مقصر بینی، افزایش مسوولیت پذیری و کاهش فاصله عاطفی) و کاهش اضطراب مزمن در سیستم هیجانی خانواده اشاره کرد.

در همین راستا، تحقیقات همبستگی از نقش تعارض‌های خانواده در سلامت افراد حمایت کرده‌اند. در یک مطالعه، برانگیختگی سمپاتیک واسطه رابطه تعارض زناشویی با مشکلات سلامت جسمانی زوجها عنوان شده است (ویتسون و الشیخ، ۲۰۰۳). استرس مزمن بین فردی مثل تعارض زناشویی احتمال ابتلا به بیماری‌های عفونی مثل سرماخوردگی را در زوجها و فرزندان آنها افزایش می‌دهد و فرضیه دخالت سیستم ایمنی بدن را به عنوان مکانیسم واسطه‌ای قوی تر می‌کند (کوهن، فرانک، دوئل، اسکورن، رابین و گوالنتی، ۱۹۹۸). تحقیقات تایید می‌کنند که رضایت و کیفیت رابطه زناشویی با سلامت عمومی (هترینگتون، ۱۹۹۳)، عملکرد سیستم ایمنی مثل میزان آنتی بادی‌ها در مواجهه با عوامل ویروسی (کیکولت-گلاس، گلاس، کاپوپو و مالارکی، ۱۹۹۸) و عملکرد سیستم قلبی-عروقی بدن مثل ضربان قلب و افزایش فشار خون (اوارت، تیلور، گرامر و آگراس، ۱۹۹۱) رابطه دارد. برای مثال، منفی‌گرایی مثل انتقاد، مقصر دانستن همسر و رفتار خصومت آمیز در جریان تعارض با واکنش‌پذیری قلبی-عروقی، افزایش معنادار فشار خون (لونسون، کراستنس و گاتمن، ۱۹۹۴) و افزایش نوراپی نفرین و اپی نفرین (مالارکی، کیکولت-گلاس، پرل و گلاس، ۱۹۹۴) مرتبط بوده است. همچنین افزایش منفی‌گرایی در طول تعارض زناشویی با افزایش واکنش سیستم هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و افزایش کورتیزول و هورمون‌های استرس در زنان رابطه دارد (کیکولت-گلاس و نیوتن، ۲۰۰۱). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که تعارض زناشویی به عنوان یک منبع استرس مزمن، از طریق افزایش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک، افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی و واکنش‌پذیری

دستگاههای قلبی- عروقی، ایمنی و هورمونی می تواند منجر به مشکلات سلامت جسمانی در افراد شود (ویتسون و الشیخ، ۲۰۰۳). همچنین، یک مطالعه نشان داده است که انسجام خانواده رابطه مثبت و معنادار با تغذیه سالم و فعالیت جسمانی دارد در حالی که تعارض های خانوادگی پیش بینی کننده مستقیم و معنا دار تغذیه ناسالم، سیگار کشیدن و خواب ناکافی در نوجوانان هستند (کالاوانا، لازارو و کریستادالو، ۲۰۱۱).

بر اساس نتایج این تحقیق و بررسی های قبلی که نقش تمایز یافتگی یا بلوغ عاطفی را در سلامت و بیماری تایید کرده اند، می توان مدل جدیدی در روان شناسی سلامت (مدل بلوغ عاطفی- سلامت) را مطرح کرد که بر نقش عوامل بین فردی و هیجانی در سلامت افراد تاکید می کند.

علی رغم یافته های به دست آمده، یکی از محدودیتهای این تحقیق استفاده از نمونه در دسترس و ناشناخته ماندن عوامل واسطه ای در اثر بخشی درمان بر اضطراب افراد است. بنابراین، بررسی مکانیسم های فیزیولوژیکی واسطه ای مثل نقش عوامل هورمونی و عصبی، جایگزین شدن واکنش های پاراسمپاتیکی به جای واکنش های سمپاتیکی در مدیریت کردن هیجانها و موارد دیگر می تواند موضوع تحقیقات بعدی باشد. یکی دیگر از محدودیت های این طرح استفاده از گروه کنترل مشابه بود و بین گروه آزمایشی و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش هم تاسازی صورت نگرفته بود. می توان بر اساس نظریه بوون برنامه های آموزشی و مداخله ای خاص برای گروه های هدف خاص مثل افراد مبتلا به اعتیاد با تمرکز بر مسوولیت پذیری و تغییر سبک زندگی، افراد درگیر خیانت همسر و روابط فرا زناشویی با تمرکز بر مثلث زدایی و افراد مبتلا به بیماری های روان تنی با تاکید بر کنترل واکنش های هیجانی طراحی و ارزیابی کرد.

References

- Adili, D., & Pourhang, H. (2012). Study of differentiation of self and general health in high school students. *Mazahedan Journal of Medicine Science, 14(9)*: 55-59.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Cohen, S., Frank, E., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney, J. M. J. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology, 17*, 214-223.
- D'Agostino, R.B., Grundy, S., Sullivan, L.M., & Wilson, P. (2001). Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: Results of a multiple ethnic groups investigation. *Journal of American Medical Association, 286(2)*, 180-187.
- Doherty, J., Allen, W., (1994). Family functioning and parental smoking as predictors of adolescent cigarette use: A six year prospective study, *Journal of Family Psychology, 8(3)*, 347-53.
- Ewart, C. K., Taylor, C. B., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (1991). High blood pressure and marital discord: not being nasty matters more than being nice. *Health Psychology, 10*, 155-163.
- Fonseca, H., Ireland, M., & Resnick, M. (2002). Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents, *International Journal of Eating Disorders, 32(4)*, 441-48
- Gharehbaghy, F. (2011). An investigation into Bowen family systems theory in an Iranian sample. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 5(1)*, 5-12.

- Hetherington, E. M. (1993). An overview of the Virginia longitudinal study of divorce and remarriage with a focus on early adolescence. *Journal of Family Psychology, 7*, 39–56.
- Hyer, S. E. (1994). *PDQ-4 Personality Questionnaire*. Unpublished scale. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Kalavana, T., Lazarou, C., & Christodoulou, c. (2011). Family environment in relation to eating and health risk behaviors in adolescents. *Medical and Health Science Journal, 7*, 15-25.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Cacioppo, J. T., & Malarkey, W. B. (1998). Marital stress: immunologic, neuroendocrine, and autonomic correlates. *Annals New York Academy of Sciences, 840*, 656–663.
- Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation*. New York: Norton.
- Martire, L.M., Lustig, A.P., Schulz, R., Miller, G.E., & Helgeson, V.S. (2004). Is it beneficial to involve a family member? A meta-analytic review of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology, 23*, 599–611.
- Martire, L. M., & Schulz, R. (2007). Involving family in psychosocial interventions for chronic illness. *Family-oriented Interventions, 16*(2), 90-94.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1994). The influence of age and gender on affect, physiology, and their interrelations: a study of long-term marriages. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 56–68.
- Malarkey, W. B., Kiecolt-Glaser, J. K., Pearl, D., & Glaser, R. (1994). Hostile behavior during marital conflict alters pituitary and adrenal hormones. *Psychosomatic Medicine, 56*, 41–51.
- Newberry, M. O. (2007). Family dynamics related to cardiac rehabilitation. Ohio State University: PhD dissertation.
- Platt, L.F. Skowron, E.A., Carney, J.V., & Kulikowich, J.M. (2008). The family genogram interview: Reliability and validity of a new interview protocol. PhD dissertation, The Pennsylvania State University.
- Peleg-Popko, O. (2002). Bowen Theory: A study of differentiation of self, social anxiety, and physiological symptoms. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 24*, 355-369.
- Sholevar, G. P., & Schwoeri, L. D. (2003). *Textbook of family and couples therapy*. American Psychiatric Publishing Inc: Washington, DC.
- Smith, P. J., & Blumenthal, J. A. (2011). Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease: Epidemiology, mechanisms, and treatment. *Rev Esp Cardiol, 64*(10):924–933.
- Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1998). The differentiation of self inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology, 45*, 235–246.
- Skowron, a., Stanley, K. L., & Shapiro, M. D. (2009). A longitudinal perspective on differentiation of self, interpersonal and psychological well-being in young adulthood. *Contemporary Family Therapy, 31*, 3-18.
- Sohrabi, R., Asadi, M., Habibollahzade, H., PanaAli, A. (2013). Relationship between self-differentiation in Bowen's family therapy and psychological health. *Social and Behavioral Sciences, 84*, 1773 – 1775.
- Titelman, P. (2008). *Triangles: Bowen family systems theory perspectives*. The Haworth Press, Taylor & Francis Group: New York and London.
- Walker, S. N. & Hill-Polerecky, D. M. (1996). Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.
- Whitson, S., El-Sheikh, M. (2003). Marital conflict and health: Processes and protective factors. *Aggression and Violent Behavior, 8*, 283-312.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 13 (No. 50), pp.37-46, 2019

Effectiveness of Bowen systemic therapy on chronic anxiety and lifestyle

Fatemeh Gharehbaghy

Dept. of Health Psychology, University of Tehran, Iran

Mohammad Ali Besharat

Dept. of Health Psychology, University of Tehran, Iran

Reza Rostami

**Dept. of Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences,
University of Tehran, Iran**

Masoud Gholamali Lavasani

Dept. of Educational Psychology and Counseling, , University of Tehran, Iran

Received:15.07.2018

Accepted: 17.09.2018

Lifestyle and chronic anxiety are two basic causes of chronic diseases and family emotional system is one of the sources of chronic anxiety. The aim of this study was to design and evaluate an intervention based on Bowen family systems theory for improving health behaviors and reducing chronic anxiety in couples who had chronic anxiety symptoms in family emotional system. For this purpose, through a semi-experimental research and using accessible sampling, 38 couples were selected and considered in two experimental and control groups randomly. Before, after and after 2 months of intervention, they were evaluated according to genogram and lifestyle. The family-based and psycho-educative intervention was designed and applied in 7 sessions. Data analyses using variance analysis and repeated measures indicated that this intervention improves health behaviors and reduces chronic anxiety significantly. These findings could be used in therapeutic programs for anxiety, preventing chronic diseases and presenting a new model in health psychology based on the role of interpersonal relationships and emotional factors in health and lifestyle.

Key words: schizophrenia disorder, bipolar disorder, cognitive function, reaction time

Electronic mail may be sent to: behrooz.afshari71@gmail.com