

کارکرد خانواده دختران نوجوان مبتلا به اختلالات درون‌ریزی در مقایسه با گروه بهنجار

زهرا بهفر

دانشگاه فردوسی مشهد

دکتر حمیدرضا آقا محمدیان

گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

بهروز مهram

گروه علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد

هدف: پژوهش حاضر علاوه بر بررسی رابطه کارکرد خانواده و اختلالات درون‌ریزی دختران نوجوان، کارکرد خانواده‌های آسیب‌دیده از اعتیاد، تک‌والد و طلاق را با خانواده‌های عادی مقایسه کرده است. **روش:** در این پژوهش ۳۳۴ دختر نوجوان ۱۴ تا ۱۸ ساله از ۲۲ دبیرستان شهر مشهد انتخاب شدند و آزمون خودسنجی نوجوان و مقیاس‌های ارزیابی سازش‌پذیری و پیوستگی خانواده را کامل نمودند. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد نوجوانانی که نشانگان اختلالات درون‌ریزی را دارا بودند، میزان پیوستگی خانواده خود را در مقایسه با نوجوانان بهنجار کمتر دانسته و نارضایتی بیشتری داشتند. از سوی دیگر، نوجوانان خانواده‌های اعتیاد نیز در مقایسه با نوجوانان خانواده‌های عادی میزان پیوستگی روابط خانواده را کمتر برآورد کرده بودند. تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که ابعاد پیوستگی و رضایت از سازش‌پذیری می‌تواند عضویت آزمودنی‌ها را در گروه‌های بهنجار و نشانه‌دار در ۷/۷۲ درصد از آزمودنی‌ها به‌درستی پیش‌بینی کند. **نتیجه‌گیری:** توجه به کارکرد خانواده و خانواده‌درمانی در ارزیابی و درمان مشکلات روانشناختی نوجوانان، به‌ویژه اختلالات درون‌ریزی دختران نوجوان، اهمیت خاصی دارد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات درون‌ریزی، کارکرد خانواده، نوجوان، اعتیاد، تک‌والد، طلاق

مقدمه

خانواده یکی از محیط‌های مؤثر بر سلامت جسمی و روانی افراد است که شرایط لازم برای رشد و رسیدن به توازن جسمی، روانی و اجتماعی را فراهم می‌آورد (وود^۲، ۱۹۹۵). خانواده درمانگران معتقدند در بررسی مشکل روانی (به هر دلیل و علتی که بروز کرده باشد)، باید پویایی‌های متعامل بین اعضا و در واقع سیستم و ساختار حاکم بر روابط اعضا مورد توجه قرار گیرد (فرانکلین^۳ و هافربری^۴، ۲۰۰۰).

با گسترش الگوی زیستی- روانی- اجتماعی دخالت‌گرایی‌های خانوادگی در اختلالات روانپزشکی بیشتر مشخص

شده است. از جمله این اختلالات می‌توان به اختلال سلوک، هراس از مدرسه، اختلالات سوء‌مصرف مواد، افسردگی، اختلالات خوردن، اختلالات درون‌ریزی^۵ و برون‌ریزی^۶ اشاره کرد^۲ (برنشتاین^۷، اسوینگن^۸ و گارفینکل^۹، ۱۹۹۰؛ کامسیل^{۱۰} و اپشتاین^{۱۱}، ۱۹۹۴؛ استانگر^{۱۲}، ۲۰۰۳، یاهاو^{۱۳}، ۲۰۰۲؛ میلیکان^{۱۴}، وامبویدت^{۱۵} و بیهان^{۱۶}، ۲۰۰۲).

دیدگاه‌های دیگر در مورد تأثیرگذاری خانواده بر سلامت

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 2- Wood | 3- Franklin |
| 4- Hafer-bray | 5- internalizing disorders |
| 6- externalizing disorders | 7- Bernstein |
| 8- Svingen | 9- Garfinkel |
| 10- Cumsill | 11- Epstein |
| 12- Stanger | 13- Yahav |
| 14- Millikan | 15- Wamboldt |
| 16- Bihum | |

۱- نشانی تماس: مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد.

عمدتاً از نمونه‌های مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد کمک گرفته شده (استانگر، ۲۰۰۳) که احتمال می‌رود به دلیل وجود مشکلات همزمان و روابط خانوادگی منفی نشانه‌شناسی فرزندان آنها بیشتر برآورد شده باشد. بنابراین برای رفع این نقیصه بسیاری از محققان مطالعه نمونه‌های غیرکلینیکی را پیشنهاد کرده‌اند (همان منبع).

این پژوهش از یک سو کارکرد خانواده را در خانواده‌های دختران و نوجوان بهنجار و بیمار (مبتلا به اختلالات درون‌ریزی) مقایسه می‌کند و از سوی دیگر در صدد است دریابد که متغیرهای ساختاری نظیر طلاق یا فقدان یکی از والدین و نیز آفاتی نظیر اعتیاد تا چه اندازه می‌تواند کارکرد خانواده را تحت تأثیر قرار دهد و این دو الگوی روانشناختی و آسیب‌شناسی اجتماعی تا چه اندازه بر یکدیگر منطبق است. پاسخ به این سؤالات در بررسی آسیب‌شناسی روانی نوجوان، راه شناسایی عوامل خانوادگی اثرگذار بر بهزیستی این گروه را می‌گشاید.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۵۳ نفر از چهار گروه خانواده‌های دارای اعتیاد (نوجوانانی که در خانواده آنها یک والد معتاد [پدر] حضور داشت)، تک‌والد (نوجوانانی که مرگ یکی از والدین را تجربه کرده بودند)، طلاق (والدین به طور قانونی از یکدیگر جدا شده بودند) و عادی (نوجوانانی که با هر دو والد حقیقی خود زندگی می‌کردند)، انتخاب شدند. ابتدا در یک مطالعه مقدماتی، انحراف معیار جامعه مورد نظر تعیین و سپس حداقل حجم نمونه در هر یک از گروه‌ها (۱۵ نفر) محاسبه شد. در مجموع ۸۵ نوجوان از

روانی فرزندان، به متغیرهای ساختاری و یا آسیب‌های اجتماعی همانند طلاق یا فقدان یکی از والدین اشاره کرده‌اند (داوسون^۱، ۱۹۹۱؛ هارلند^۲، ریچنولد^۳، بروگمن^۴، ورباو-ونهوریچ^۵ و ورهاس^۶، ۲۰۰۲).

شواهد نشان می‌دهد که آفاتی نظیر اعتیاد در خانواده، می‌تواند هم به صورت مستقیم و هم غیرمستقیم از طریق تأثیر بر سبک‌های والدگری و یا کارکرد خانواده^۷، به اختلالات درون‌ریزی یا برون‌ریزی فرزندان منجر شود (استانگر، ۱۹۹۹، ۲۰۰۳؛ کلارک^۸، نیبزر^۹، لس‌نیک^{۱۰}، لینچ^{۱۱} و دونوان^{۱۲}، ۱۹۹۸).

در کنار رویکردهای تشخیصی مبتنی بر DSM و ICD رویکرد ابعادی^{۱۳} (آخن‌باخ^{۱۴}، ۱۹۹۱) و ابزارهای مربوط به آن نیز در طبقه‌بندی مشکلات روانشناختی نوجوانان، نقش مهم و کاربرد ویژه‌ای پیدا کرده‌اند. بر این اساس، دو دسته عمده اختلالات درون‌ریزی (رفتارهای عاطفی و هیجانی از قبیل گریه، انزوا، نگرانی و ...) و برون‌ریزی (رفتارهای پرخاشگرانه، بزهکارانه و مشکلات سلوک و ...) مطرح شده‌اند (کار^{۱۵}، ۱۹۹۹). عواملی از

قبیل فقدان گرمی و محبت، تعارض و خصومت و پیوستگی پایین در خانواده محیط ناکارآمدی ایجاد می‌کند که با مشکلات درون‌ریزی نوجوانان مرتبط است (شی‌بر^{۱۶}، هاپز^{۱۷}، آلپرت^{۱۸}، دیویس^{۱۹} و اندروز^{۲۰}، ۱۹۹۷). هرچند پژوهش‌ها کمی درباره جنبه‌های خانوادگی اختلالات کودک و نوجوان صورت گرفته است (تامپلین^{۲۱}، گوودی^{۲۲} و هربرت^{۲۳}، ۱۹۹۸)، اما همین بررسی‌های محدود نیز معمولاً بر روی رفتارهای برون‌ریزی نظیر سوءمصرف مواد (نگاه کنید به پرنج^{۲۴} و همکاران، ۱۹۹۲؛ کلارک و همکاران، ۱۹۹۸) و نیز تخلفات دوران کودکی و نوجوانی انجام شده و کمتر به رابطه بین کارکرد خانواده و اختلالات درون‌ریزی پرداخته شده است (کاشانی، سوارز^{۲۵}، جونز^{۲۶} و رید^{۲۷}، ۱۹۹۹؛ میلیکان و همکاران، ۲۰۰۲). از سوی دیگر، بیشتر تحقیقاتی که در حوزه خانواده به آسیب‌های اجتماعی (نظیر طلاق) توجه کرده‌اند، کم و بیش تأثیر این عوامل را بر سلامت فرزندان هدف قرار داده (نگاه کنید به بلوم^{۲۸} و همکاران، ۲۰۰۰) و کمتر کارکرد روانشناختی این خانواده‌ها را با توجه به نوع ضایعه بررسی کرده‌اند (مک‌فارلان^{۲۹} و بلیسیمو^{۳۰}، ۱۹۹۵). درخصوص خانواده‌های اعتیاد

1- Dawson	2- Harland
3- Reijnveld	4- Brugman
5- Verbove-Vanhorick	6- Verhulst
7- family functioning	8- Clarke
9- Neighbors	10- Lesnick
11- Lynch	12- Donovan
13- dimensional	14- Achenbach
15- Carr	16- Sheeber
17- Hops	18- Alpert
19- Davis	20- Anderws
21- Tamplin	22- Goodyer
23- Herbert	24- Prange
25- Suares	26- Jones
27- Reid	28- Blum
29- Mc Farlane	30- Bellissimo

خانواده‌های اعتیاد، ۸۳ نوجوان از خانواده‌های تک‌والد، ۷۳ نوجوان از خانواده‌های طلاق و ۹۳ نوجوان از خانواده‌های عادی برای مطالعه انتخاب شدند. ۱۹ نفر از آزمودنی‌ها به دلیل وجود نواقصی در پرسشنامه‌ها کنار گذاشته شدند. این آزمودنی‌ها از ۲۲ دبیرستان دخترانه شهر مشهد انتخاب شدند. آزمودنی‌ها از علت انتخاب خود اطلاعی نداشتند و به آنها گفته شده بود که به قید قرعه و به‌طور تصادفی انتخاب شده‌اند. به‌منظور حذف سوگیری‌های احتمالی آزمودنی‌ها و تأثیر آن بر نتایج مطالعه، روش بی‌نام یک‌طرفه اعمال گردید. گردآوری داده‌ها با استفاده از دو ابزار زیر صورت گرفت:

الف) مقیاس ارزیابی سازش‌پذیری و پیوستگی خانواده، ویرایش سوم^۱ (FACES III) (السن^۲، پرتنر^۳ و لایوی^۴، ۱۹۸۵) که به منظور ارزیابی کنش‌وری خانواده بر اساس «الگوی حلقوی پیچیده»^۵ تهیه و طراحی شده است و یکی از پرکاربردترین مقیاس‌های مورد استفاده برای اندازه‌گیری کارکرد یا ساختار خانواده می‌باشد (مظاهری، ۱۳۷۹) و تاکنون در بیش از ۳۰۰ مطالعه در زمینه ارزیابی کارکرد خانواده به کار رفته است (کلاف^۶ و هیکس^۷ و مدسن^۸، ۱۹۹۴). در این مقیاس که یک پرسشنامه خودسنجی است، در بعد اساسی پیوستگی و سازش‌پذیری منظور شده است که به‌وسیله ۲۰ عبارت از نوع لیکرت سنجیده می‌شود. مقیاس‌ها طوری طراحی شده‌اند که آزمودنی در دو موقعیت واقعی و ایده‌آل به آن‌ها پاسخ می‌دهد. تفاوت بین نمرات این دو موقعیت رضایت‌مندی را اندازه می‌گیرد. برای طبقه‌بندی خانواده‌ها، با تعریف چهار سطح روی هر یک از ابعاد «رهاشده»^۹، «جداشده»^{۱۰}، «پیوسته»^{۱۱} و «درهم‌تنیده»^{۱۲} در بعد پیوستگی؛ و «بی‌نظم»^{۱۳}، «انعطاف‌پذیر»^{۱۴}، «ساختارمند»^{۱۵} و «انعطاف‌ناپذیر»^{۱۶} در بعد سازش‌پذیری؛ و عمود کردن این دو بعد بر یکدیگر یک تیپ‌شناسی شکل داده می‌شود که شامل تشریح و توصیف ۱۶ نوع از نظام زناشویی و خانواده است. انواع مرکزی‌تر، عمومی‌ترند و چنین فرض شده که زوجین و خانواده‌های مشکل‌دار در انواع پیرامونی دسته‌بندی می‌شوند (السن، ۱۹۹۶). این ۱۶ نوع خانواده را می‌توان در سه گروه کلی‌تر سرسخت^{۱۷}، متعادل^{۱۸} و نامتعادل^{۱۹} (افراطی) قرار داد.

مطالعات مختلفی تاکنون توانایی مقیاس‌های FACES را در افتراق خانواده‌های مشکل‌دار و بدون مشکل ثابت کرده‌اند. در خصوص روایی سازه، همبستگی دو بعد پیوستگی و سازش‌پذیری نزدیک به صفر است ($r=0/003$) که نشان می‌دهد دو بعد کاملاً مستقل از یکدیگرند (السن و همکاران، ۱۹۸۵). ضرایب پایایی بر اساس همسانی درونی برای بعد پیوستگی ۰/۷۷ و برای بعد سازش‌پذیری ۰/۶۲ و برای کل مقیاس ۰/۶۸ گزارش شده است. ضرایب پایایی بازآزمایی با فاصله یک هفته روی یک نمونه ۵۲ نفری برای بعد پیوستگی ۰/۷۹ و برای بعد سازش‌پذیری ۰/۵۳ و برای کل مقیاس‌ها ۰/۷۳ به‌دست آمده است.

ب) خودسنجی نوجوان^{۲۰} (YSR)

خودسنجی نوجوان (آخن‌باخ، ۱۹۹۱) از مجموعه ابزارهای فهرست رفتاری کودکان^{۲۱} (CBCL) می‌باشد که برای ارزیابی مشکلات رفتاری و هیجانی و نیز قابلیت‌های کودک و نوجوان ساخته شده است. YSR ویژه سنین ۱۸-۱۱ سال می‌باشد و به‌وسیله خود نوجوان پر می‌شود. این آزمون دارای دو بخش قابلیت‌ها و مشکلات است. بخش مشکلات که در این پژوهش به کار گرفته شده، شامل ۱۱۲ عبارت است و آزمودنی‌ها طبق یک مقیاس سه نمره‌ای (۰، ۱، ۲) دور عددی را که با وضعیت آنها مطابقت دارد، خط می‌کشند. این مقیاس‌ها عبارت‌اند از:

- ۱- گوشه‌گیری؛ ۲- شکایات جسمانی؛ ۳- افسردگی/ اضطراب؛ ۴- مشکلات اجتماعی؛ ۵- مشکلات تفکر؛ ۶- مشکلات توجه؛ ۷- رفتار بزهکارانه؛ ۸- رفتار پرخاشگرانه به علاوه دو مقیاس مشکلات دیگر که یکی مجموعه ناهمگونی از مشکلات و ناراحتی‌های مختلف (نظیر نافرمانی، غذا نخوردن و ...) را در بر می‌گیرد و نمره کلی برای آن منظور نمی‌گردد و دیگری مقیاس خود تخریبی - مشکلات هویت می‌باشد که مختص نوجوانان پسر

1- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (third edition)	3- Portner
2- Olson	5- Circumplex Model
4- Lavee	7- Hicks
6- Cluff	9- disengaged
8- Madsen	11- connected
10- separated	13- chaotic
12- enmeshed	15- inflexible
14- flexible	17- rigid
16- structured	19- unbalanced
18- balanced	21- Children Behavior Checklist
20- Youth Self-report	

حجم کل نمونه مورد مطالعه ۳۵۳ نفر بود که از این میان ۱۹ نفر (۵/۴ درصد) به دلیل اینکه پرسشنامه‌ها را ناقص پر کرده بودند، کنار گذاشته شدند. از ۳۳۴ نفر باقیمانده، ۸۵ نفر (۲۵/۴ درصد) در گروه اعتیاد، ۸۳ نفر (۲۴/۹ درصد) در گروه تک والد و ۷۳ نفر (۲۱/۹ درصد) در گروه طلاق و ۹۳ نفر (۲۷/۸ درصد) در گروه عادی قرار داشتند.

۱۷۱ نفر (۵۱/۲ درصد) از اعضاء با خانواده اصلی (پدر و مادر)، ۴۰ نفر (۱/۲ درصد) فقط با پدر، ۱۰۷ نفر (۳۲ درصد) فقط با مادر، ۱۶ نفر (۴/۸ درصد) با پدر و نامادری و ۱۴ نفر (۴/۲ درصد) با مادر و ناپدری زندگی می‌کردند و سه نفر (۰/۹ درصد) نیز گزینه سایرین را علامت زدند. ۱۹ نفر باقیمانده (۵/۷ درصد) به این سؤال پاسخی ندادند. میانگین سن آزمودنی‌ها ۱۶/۲۶، میانگین سن پدران ۴۵/۰۹ و مادران ۴۰/۸۵ سال بود. تعداد اعضای خانواده به‌طور متوسط ۶/۸۳ نفر بود. وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده بر اساس معیارهای طبقه‌بندی مشاغل ایران (مرکز آمار ایران، ۱۳۷۸) و از روی شغل پدر نوجوان تعیین گردید.

الف) رابطه کارکرد خانواده و اختلالات درون‌ریزی دختران نوجوان:

ابتدا با استفاده از آزمون YSR، آن دسته از آزمودنی‌هایی که از لحاظ نشانگان درون‌ریزی در طیف بالینی قرار می‌گرفتند، به‌عنوان گروه بیمار انتخاب شدند و آزمودنی‌هایی که نمراتشان در هیچ‌کدام از مقیاس‌های آزمون در حد بالینی نبود نیز در گروه بهنجار جای گرفتند و پس از همگن کردن آنها در مشخصات جمعیت‌شناختی، آزمون رگرسیون لجستیک و تحلیل واریانس چند متغیره اجرا گردید.

است. از جمع مقیاس‌های اول، دوم و سوم (به استثنای عبارت ۱۰۳)، مقیاس رده دومی به نام درون‌ریزی و از جمع مقیاس‌های هفتم و هشتم، مقیاس رده دوم دیگری به نام برون‌ریزی به دست می‌آید. یک نمره کلی نیز منظور شده که از جمع تمامی موارد مربوط به مشکلات حاصل می‌شود. خودسنجی نوجوان از پایایی و روایی رضایت بخشی برخوردار است. پایایی مقیاس‌های آن از طریق بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۳۰ تا ۰/۶۰ و با فاصله زمانی هفت ماه بین ۰/۴۷ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (کامپس^۱ و همکاران، چاپ نشده، به‌نقل از آخن‌باخ، ۱۹۹۱). همین ضرایب با فاصله زمانی سه تا چهار هفته در مقیاس کلی مشکلات ۰/۸۷ و در مقیاس قابلیت‌ها ۰/۶۹ است (ورهاس، پرنس^۲ و رووت-پوت^۳ و دی-جانگ^۴، ۱۹۸۹). از نظر روایی مقیاس‌های YSR به‌طور اطمینان‌بخشی تشخیص‌های DSM-III-R را پیش‌بینی می‌کند (مورگان و کائوس، ۱۹۹۹؛ به‌نقل از سالاری، ۱۳۸۰). به علاوه مطالعات مختلف بین تشخیص‌های DSM و نمرات سندروم‌های این ابزار همبستگی‌های معنی‌داری نشان داده‌اند (کاسیوس^۵ و همکاران، ۱۹۹۷؛ به‌نقل از آخن‌باخ، دامنکی^۶ و رسکورال^۷، ۲۰۰۱). در ایران نیز در زمینه هنجاریابی آن مطالعاتی شده و اعتبار آزمون نیز با استفاده از همسانی درونی و بازآزمایی روی یک نمونه از نوجوانان (۶۲۸ نفر) به‌دست آمده است. ضرایب بازآزمایی برای کل آزمون ۰/۹۲، برای مقیاس درون‌ریزی ۰/۹۰ و برای مقیاس برون‌ریزی ۰/۸۹ محاسبه شده است (سالاری، ۱۳۸۰). ضرایب همسانی درونی در این مطالعه به ترتیب، ۰/۹۴ برای مقیاس کلی، ۰/۸۲ برای مقیاس برون‌ریزی و ۰/۹۱ برای مقیاس درون‌ریزی محاسبه شده است.

یافته‌ها

جدول ۱- ضرایب معادله رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی عضویت در گروه‌های بهنجار و بیمار

متغیرهای پیش‌بین	ضریب بتا	انحراف معیار	آزمون والد	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
پیوستگی	۰/۱۲۵	۰/۰۶۳	۳/۹۹۳	۱	۰/۰۴۶
سازش‌پذیری	-۰/۰۸۴	۰/۰۶۸	۱/۴۹۵	۱	ns
رضایت از پیوستگی	۰/۰۰۹	۰/۰۵۲	۰/۰۳	۱	ns
رضایت از سازش	-۰/۱۵۸	۰/۰۵۵	۸/۱۴۳	۱	۰/۰۰۴

1- Campas	2- Prince
3- Vervuut-Poot	4- De-jong
5- Kasius	7- Dumenci
7- Rescoral	

ب) مقایسه کارکرد خانواده‌های آسیب‌دیده و عادی

برای مقایسه خانواده‌های اعتیاد، تک‌والد، طلاق و عادی ابتدا گروه‌ها بر اساس متغیرهای سطح درآمد و میزان تحصیلات والدین هم‌تا شد، چرا که این متغیرها می‌توانند بر کارکرد خانواده تأثیر بگذارند (نگاه کنید به می‌ریز و وارکی، آگویی، ۲۰۰۲). حاصل این هم‌تاسازی چهار گروه ۳۶ نفری از این خانواده‌ها بود که در ابعاد پیوستگی، سازش‌پذیری و رضایتمندی مقایسه شدند. تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که میزان پیوستگی در بین این خانواده‌ها به طور معنی‌داری متفاوت است ($F=۳۳/۲۶$ ، $p=۰/۰۲۱$)، $F=۳۳/۲۶$ ، $p=۰/۰۲۱$). آزمون تعقیبی بون‌فرونی نشان داد که این تفاوت معنی‌دار بین خانواده‌های اعتیاد و عادی می‌باشد. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار گروه‌ها ارائه شده است. ابعاد سازش‌پذیری، رضایت از پیوستگی و رضایت از سازش‌پذیری بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری نداشت.

تحلیل لگاریتم خطی نشان داد که توزیع نظام‌های متعادل نیز در خانواده‌های آسیب‌دیده و عادی متفاوت است ($p<۰/۰۵$). این مدل دارای اثر ثابت، اثرات واحد و متقابل دو عامل نوع خانواده و نوع نظام خانواده می‌باشد. اثرات متقابل معنی‌دار به شرح زیر بود:

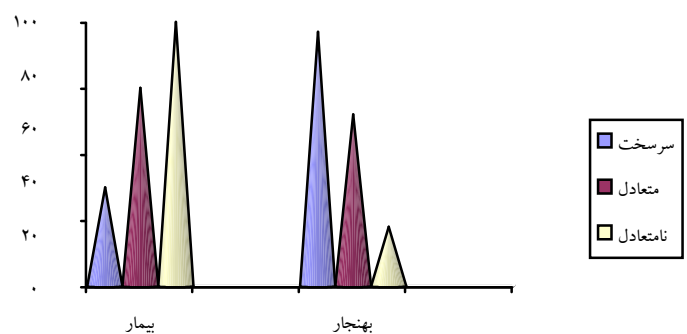
اثر متقابل عامل نوع خانواده در سطح یک (اعتیاد) و نوع نظام خانواده در سطح یک (سرسخت) معکوس و معنی‌دار بود، یعنی با افزایش خانواده‌های اعتیاد، درصد نظام‌های سرسخت بین آنها کاهش می‌یابد ($\chi^2=۵/۳۹۴$ ، $p<۰/۰۱$).

اثر متقابل عامل نوع خانواده در سطح دوم (تک‌والد) و نوع نظام خانواده در سطح یک (سرسخت) معکوس و معنی‌دار بود، یعنی افزایش خانواده‌های تک‌والد با کاهش نظام سرسخت در آنها همراه می‌شد ($\chi^2=۴/۱۶۹$ ، $p<۰/۰۵$).

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود تنها دو متغیر پیوستگی و رضایت از سازش توانسته‌اند به میزان معنی‌داری عضویت در گروه‌های بهنجار و بیمار را پیش‌بینی کنند.

در تحلیل واریانس چند متغیره میزان پیوستگی گزارش شده بین دو گروه به‌طور معنی‌داری تفاوت داشت و نوجوانان بیمار نسبت به نوجوانان بهنجار احساس رهاشدگی بیشتری را گزارش کردند ($F=۶۳/۲۶$ ، $p<۰/۰۰۱$). میزان سازش‌پذیری خانواده‌ها بر اساس گزارش‌های نوجوانان در دو گروه بیمار و بهنجار تفاوت معنی‌داری نشان نداد. نوجوانان بهنجار کمتر از نوجوانان بیمار، از پیوستگی موجود در روابط خانوادگی خود رضایت داشتند ($F=۵۵/۴۷$ ، $p<۰/۰۰۱$). این وضعیت در خصوص رضایت از سازش‌پذیری نیز صادق بود ($F=۲۹/۲۴$ ، $p<۰/۰۰۱$).

آزمون‌های دو نیز نشان داد که توزیع نظام‌های متعادل و نامتعادل در گروه‌های بهنجار و بیمار متفاوت است ($p<۰/۰۰۱$)، همان‌طور که نمودار زیر نشان می‌دهد، نوجوانان بهنجار بسیار بیشتر از نوجوانان بیمار نظام خانواده خود را سرسخت معرفی کردند و به طور معکوس نوجوانان بیمار بیشتر خانواده خود را نامتعادل ادراک نمودند (شکل ۱).



شکل ۱- نظام‌های مختلف خانواده در گروه‌های بهنجار و بیمار

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار خانواده‌های مورد مطالعه در ابعاد کارکرد خانواده

متغیرها	اعتیاد	تک‌والد	طلاق	عادی
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
پیوستگی	۳۲/۴۷ (۶/۴۹)	۳۵/۰۸ (۷/۳۸)	۳۲/۸۱ (۷/۲۶)	۳۶/۷۲ (۴/۷۸)
سازش‌پذیری	۲۶/۴۲ (۵/۲۵)	۲۰/۴۲ (۴/۹۹)	۲۴/۶۷ (۵/۳۳)	۲۵/۶۷ (۴/۱۶)
رضایت از پیوستگی	۸/۱۱ (۶/۰۵)	۶/۴۲ (۷/۱۶)	۸/۲۱ (۸/۷۲)	۶/۰۸ (۵/۲۸)
رضایت از سازش‌پذیری	۶/۵۸ (۵/۹۹)	۸/۰۳ (۵/۵۰)	۹/۳۱ (۷/۳۴)	۷/۲۸ (۵/۲۵)

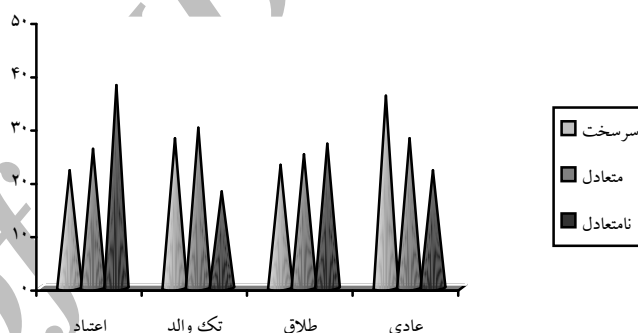
فاستر و روین (۱۹۸۸) بر این عقیده‌اند که خانواده‌های گسسته (خانواده‌هایی که میزان پیوستگی آنها پایین است)، نوجوانانشان را به اندازه کافی هدایت نمی‌کنند، به طوری که آنها نمی‌توانند تحول موفقیت‌آمیزی داشته باشند. این وضع ناگوار نوجوان را در رویارویی با موقعیت‌های جدید (که فراتر از رشد فرآیندهای تصمیم‌گیری اوست)، بی‌پناه می‌گذارد (کاشانی و همکاران، ۱۹۹۹). تحقیقات متعددی هم به وجود ارتباط مستقیم میان حمایت خانواده با بهداشت روانی نوجوان اشاره کرده‌اند (گاریسون^۷، ۱۹۹۷)، پس طبیعی است که در چنین خانواده‌هایی شاخص‌های سلامت روانی و پیوستگی پایین باشد.

اگرچه پژوهشگران اهمیت بعد سازش‌پذیری (انعطاف‌پذیری) در نظام خانواده را تأیید کرده‌اند (السن و همکاران، ۱۹۸۹؛ اشتاین‌بور^۸، سانتا-باربارا^۹ و اسکینر^{۱۰}، ۱۹۸۴)، اما در مقایسه دو گروه بهنجار و بیمار نتایج در این بعد معنی‌دار نبود. برای تبیین این نتیجه که با بسیاری از مطالعات دیگر همسوست (یاهو، ۲۰۰۲؛ کامسیل و اپستاین، ۱۹۹۴) موارد زیر می‌توان بر شمرد:

یکی از تبیین‌های صریح در این فرضیه به ماهیت مقیاس سازش‌پذیری ابزار به کار رفته اشاره دارد. لی (۱۹۸۸) برای توضیح این عدم تمایز، سطوحی را بر می‌شمرد که سازش‌پذیری را تعریف می‌کند (به‌نقل از یاهو، ۲۰۰۲): در تعریف سطح اول، سازش‌پذیری به تخصیص‌ها و رویدادهای مداوم یک نوع خانواده خاص مربوط است و در واقع کارکرد خاصی از خانواده را نشان می‌دهد. طبق این تعریف سازش‌پذیری حلقوی است، یعنی میزان خیلی بالا و خیلی پایین آن می‌تواند ناکارآمد باشد. اما در تعریف سطح دوم، سازش‌پذیری توانایی سیستم برای تغییر یک نوع نظام به نوعی دیگر و لذا خطی است و در آن ظرفیت زیاد سازش‌پذیری بر ظرفیت کم ارجح است. این مسایل در عمل باعث شده است که سازش‌پذیری در مقیاس‌های FACES کمتر از پیوستگی سودمند بوده و قدرت تمایزگذاری کمتری نیز داشته باشد. به‌علاوه ممکن است سازش‌پذیری با نوع خاصی از مشکلات یا نشانگان در کودکان و نوجوانان رابطه داشته باشد. مثلاً وود (۱۹۹۵) دریافت

اثر متقابل عامل نوع خانواده در سطح سوم (طلاق) و نوع نظام خانواده در سطح یک (سرسخت) معکوس و معنی‌دار بود، لذا با افزایش تعداد خانواده‌های طلاق از درصد نظام‌های سرسخت در بین آنها کاسته می‌شد ($\chi^2=5/019, p<0/01$).

چنین اثر متقابلی برای خانواده‌های عادی به دست نیامد. این مسأله نشان می‌دهد که با حرکت از سمت خانواده‌های عادی به سوی خانواده‌های آسیب‌دیده، شاهد کاهش نظام‌های سرسخت و طبیعتاً افزایش نظام‌های نامتعادل خواهیم بود (شکل ۲).



شکل ۲- نظام‌های مختلف خانواده در خانواده‌های آسیب‌دیده و عادی

بحث

نتایج این بررسی نشان داد که کارکرد خانواده در خانواده‌هایی که نوجوانان آنها نشانگان اختلالات درون‌ریزی را بروز می‌دهند، در مقایسه با خانواده‌هایی که نوجوان بهنجار دارند، ناسالم‌تر است. طبق الگوی حلقوی پیچیده، پیوستگی عبارت است از پیوند عاطفی میان اعضای خانواده که این یافته با یافته‌های پژوهش‌هایی همسوست که بر اهمیت نقش پیوستگی میان اعضای خانواده به عنوان مانعی در بروز مشکلات عاطفی - رفتاری نوجوانان اشاره کرده‌اند (گورمن اسمیت^۱، تلان^۲، هنری^۳ و فلورشمی^۴، ۲۰۰۰؛ کاشانی، الن^۵، دالمیر^۶، رضوانی و رید، ۱۹۹۵، کاشانی و همکاران، ۱۹۹۹؛ یاهو، ۲۰۰۲).

^۱ - Gorman-Smith

^۲ - Tolan

^۳ - Henry

^۴ - Florsheim

^۵ - Allan

^۶ - Dahlmeier

^۷ - Garrison

^۸ - Steinbauer

^۹ - Santa-Barbara

^{۱۰} - Skinner

۲۰۰۲)، لذا طبعاً نوجوانانی که کارکرد روانشناختی خوبی ندارند (گروه بیمار) از وضعیت خانوادگی خود ناراضی‌تر را گزارش می‌نمایند. به‌علاوه موسوی (۱۳۷۹) نشان داد که والدین و نوجوانان خانواده‌های سالم ارزش‌های مشترک بیشتری داشتند و در نتیجه فاصله نسلی کمتری را احساس می‌کردند که این می‌تواند با رضایتمندی بیشتر نوجوانان همراه باشد.

یکی دیگر از یافته‌ها این است که خانواده‌های اعتیاد نسبت به خانواده‌های عادی از پیوستگی کمتری برخوردار می‌باشند. برای تبیین این یافته از مدل پنج‌عاملی استانگر (۲۰۰۳) کمک می‌گیریم. در این مدل مشخص شده که آسیب‌شناسی روانی والدین و روابط خانوادگی منفی به‌طور معنی‌داری با یکدیگر رابطه دارند و والدینی که مشکلات روان‌شناختی شدیدتری دارند، احتمالاً بیشتر در خانواده خود، پیوستگی پایین، ارتباطات ضعیف‌تر، بی‌نظمی و عدم سازماندهی و نیز فقدان حمایت را تجربه می‌کنند. از سوی دیگر، ۷۶ درصد مردها و ۶۵ درصد زنانی که تشخیص سوء‌مصرف یا وابستگی به مواد را دریافت می‌کنند، یک تشخیص روانپزشکی دیگر نیز دارند. این آمار در زمینه همبودی ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی به ۱/۲ تا ۱/۳ در بین سوء‌مصرف‌کنندگان یا وابستگان به مواد افیونی می‌رسد (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۵)، بر این اساس پایین بودن میزان نزدیکی عاطفی، گرمی و حمایت (پیوستگی) در بین وابستگان به مواد مخدر (خانواده‌های اعتیاد) قابل توجه است.

اما در این مطالعه ابعاد پیوستگی، سازش‌پذیری و رضایتمندی بین سه نوع دیگر خانواده‌ها (تک‌والد، طلاق و عادی) تفاوت‌های معنی‌داری نداشتند. نتایج فوق که با نتایج مطالعه مک‌فارلان و همکاران (۱۹۹۵) همسو می‌باشد، به این صورت قابل تبیین است: در بعد پیوستگی، میانگین خانواده‌های تک‌والد و عادی بیشتر از خانواده‌های طلاق و عادی به هم نزدیک است. در بررسی توصیفی مشخص شد که فقط در یکی از خانواده‌های تک‌والد، ناپدری حضور دارد حال آنکه در ۳۹/۷ درصد از خانواده‌های طلاق، ناپدری یا نامادری حضور دارد. بدیهی است حضور این عضو که خانواده را به یک خانواده ترکیبی تبدیل می‌کند، نوعی کشمکش و فاصله ایجاد می‌نماید و بسته به اینکه نوجوان چقدر

که انعطاف‌پذیری خانواده احتمالاً خانواده‌های کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن را توصیف می‌کند، اما لزوماً با نشانگان درون‌ریزی همبستگی ندارد (پاهاو، ۲۰۰۲). از سوی دیگر، برای تبیین این نتیجه می‌توان به دسته‌بندی ادراکات فرد پرداخت. یکی ادراکات ذهنی (میزان گرمی و همدلی که اعضای خانواده احساس می‌کنند) و دیگری ادراکاتی که با نشانگرهای رفتاری (چقدر با یکدیگر صحبت می‌کنیم) رابطه دارد. تحقیقات نشان داده‌اند که آنچه بیش از ادراکات شبه‌عینی (نشانگرهای رفتاری) با نشانه‌های درون‌ریزی نوجوانان همبستگی دارد، همان ارزیابی‌های ذهنی است (میلیکان و همکاران، ۲۰۰۲). نگاهی به سؤالات دو مقیاس پیوستگی و سازش‌پذیری نشان می‌دهد عباراتی که به ارزیابی سازش‌پذیری می‌پردازند، بیشتر از عبارات مربوط به پیوستگی بر نشانگرهای رفتاری و در واقع همان ادراکات شبه‌عینی دلالت دارند (نظیر داشتن حق اظهار نظر در مورد مقررات انضباطی مربوط به خود) و در مقابل عبارات مربوط به پیوستگی، بیشتر با ارزیابی‌های ذهنی پاسخ داده می‌شوند (احساس نزدیکی به اعضای خانواده در مقابل افراد خارج از خانواده) و حداقل در چارچوب نظریه و درمان‌شناختی - رفتاری شواهد حاکی از آن است که این ارزیابی‌های ذهنی همواره بر واقعیت‌های رفتاری منطبق نمی‌باشد (بک، ۱۹۹۵، به‌نقل از میلیکان و همکاران، ۲۰۰۲). موارد فوق دلایل موجهی در تأیید تفاوت در بعد پیوستگی بین گروه‌ها و عدم تأیید این تفاوت در بعد سازش‌پذیری می‌باشد.

یکی دیگر از تفاوت‌ها در خصوص کارکرد خانواده این است که نوجوانان بهنجار کمتر از نوجوانانی که نشانگان اختلالات درون‌ریزی را بروز می‌دهند، از میزان پیوستگی و سازش‌پذیری در نظام خانواده خود شکایت دارند و به عبارت دیگر میزان رضایتمندی آنها بیشتر است. برای تبیین این یافته که با نتایج سایر تحقیقات داخلی و خارجی همسوست (نگاه کنید به کامسپل و اپشتاین، ۱۹۹۴؛ موسوی، ۱۳۷۹) می‌توان به پژوهش‌های بسیاری اشاره کرد که نشان داده‌اند طرز تلقی نوجوان از خانواده‌اش غالباً رابطه مستقیم و محکمی با کارکرد روان‌شناختی وی (چه بر اساس مشاهده و چه طبق گزارش والدین وی از کارکرد خانواده) دارد (بندر هیسر و همکاران، ۱۹۹۸، به‌نقل از میلیکان و همکاران،

ابعاد پیوستگی و رضایت از سازش‌پذیری می‌توانند عضویت آزمودنی‌ها را در گروه‌های نشانه‌دار و بهنجار پیش‌بینی نمایند. هدف دیگر این مطالعه بررسی انطباق مدل روانشناختی (الگوی حلقوی پیچیده) و آسیب‌شناسی اجتماعی (خانواده‌های آسیب دیده) بود که در عمل تطابق محرز نگردید. بررسی‌های مختلف حاکی از آن است که ساختار خانواده (اعم از ترکیبی، تک‌والد و ...) نمی‌تواند تعیین‌کننده کارکرد خانواده باشد، اما شاید بتوان از سبک‌های والدگری به‌عنوان یک عامل برجسته‌تر که می‌تواند هم‌کارکرد خانواده و هم آسیب‌شناسی روانی فرزندان را رقم بزند، یاد کرد. در بعد اجتماعی این عامل می‌تواند پایگاه اقتصادی - اجتماعی خانواده باشد. با کنترل این عامل تفاوت‌ها به حداقل رسید. این نتایج از یک سو اهمیت پرداختن به قصه قدیمی فقرزدایی و رفع محرومیت (از بعد اجتماعی) و از سوی دیگر، اتخاذ رویکردی پیشگیرانه (از بعد روانشناختی) را برای سالم‌سازی نظام خانواده‌ها به‌یاد می‌آورد. لذا پس از آموزش‌های مربوط به ازدواج، گام مهم بعدی و همه‌جانبه ارائه آموزش‌های لازم به ازدواج قبل از فرزنددار شدن می‌باشد.

سپاسگزاری

در طی مراحل مختلف پژوهش از همکاری و راهنمایی‌های ارزنده اساتید ارجمند آقایان دکتر صاحبی، دکتر مظاهری و دکتر ارقامی برخوردار بوده‌ام. دوست و همکار خویم خانم رضیه سادات سالاری و آقای رستم‌زادگان در بخش آماری پژوهش همکاری داشتند و خانواده عزیزم که غیبت‌های مکرر مرا تحمل کردند، همگی در به سرانجام رسیدن این پژوهش سهیم هستند.

بتواند وی را به عنوان عضوی از خانواده بپذیرد، بر بعد پیوستگی و میزان نزدیکی اعضا تأثیر می‌گذارد. از سوی دیگر، پدیده طلاق همواره به لحاظ اجتماعی منفور بوده و در چنین شرایطی افراد درگیر ممکن است به درجاتی احساس ناکارآمدی نمایند که خود این احساسات نامطلوب پدر یا مادر می‌تواند بر کیفیت روابط آنها با فرزندان، سبک فرزندپروری و در کل خانواده اثر بگذارد، اما خانواده‌های تک‌والد نه تنها چنین مه‌ری بر پیشانی ندارند، بلکه اعضا با افزایش همبستگی خود سعی می‌کنند فقدان عضو از دست رفته (در این تحقیق پدر) را پر نمایند و لذا بعد پیوستگی کمتر آسیب بیند.

درباره عدم وجود تفاوت‌های معنی‌دار در ابعاد سازش‌پذیری تفسیرهای قسمت قبلی در اینجا نیز صادق است و به‌خوبی این مسأله را تبیین می‌کند.

مطالعه حاضر این محدودیت را داشت که اکثر آزمودنی‌ها از لحاظ وضعیت اجتماعی - اقتصادی به طبقات متوسط و پایین تعلق داشتند، بنابراین احتمال می‌رود نتایج به نمونه‌های آسیب دیده و عادی سایر طبقات اجتماعی قابل تعمیم نباشد. به‌علاوه یافته‌ها مربوط به دختران بوده و قابل تعمیم به پسران نمی‌باشد. از جمله پیشنهادها این پژوهش تکرار این پژوهش با گروه‌های مبتلا و یا دارای نشانگان برون‌ریزی (نظیر اختلال سلوک و ...) می‌باشد. به علاوه کارکرد خانواده‌های آسیب‌دیده را می‌توان با توجه به پایگاه‌های اقتصادی متفاوت (پر درآمد، کم‌درآمد) مقایسه کرد. مقایسه سبک‌های والدگری در این خانواده‌ها می‌تواند جزو محورهای پژوهشی باشد.

در پایان یادآوری می‌شود که مطالعه فوق با هدف بررسی رابطه کارکرد خانواده و اختلالات درون‌ریزی دختران، به نتایجی همسو با سایر تحقیقات این حوزه دست پیدا کرد (تامپلین و همکاران، ۱۹۹۸، یاهاو، ۲۰۰۲؛ موسوی، ۱۳۷۹؛ سالاری، ۱۳۸۰) و مشخص کرد که بین این دو متغیر رابطه معکوسی وجود دارد و

منابع

سالاری، ر. (۱۳۸۰). مقایسه کارکرد خانواده در نوجوانان افسرده و بهنجار. پایان‌نامه تحصیلی کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

کاپلان، ه. ی. و سادوک، ب. ج. (۱۳۷۵). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی. (جلد اول و سوم)، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، تبریز: انتشارات شهر آب.

مظاهری، م. (۱۳۷۹). نقش دلبستگی بزرگسالان در کنش‌وری ازدواج. *مجله روانشناسی*، ۱۵، ۲۸۶-۳۱۵.

موسوی، ا. (۱۳۷۹). عملکرد نظام خانواده و بهداشت روانی اعضای خانواده. *فصلنامه‌اندیشه و رفتار*، ۲۲ و ۲۳، ۸۷-۹۶.

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for Youth, self-report and profile*. Burlington, VT: University of Vermont.

Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2001). *Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Bernstein, G. A., Svingen, P. H., & Garfinkel, B. D. (1990). School phobia: Patterns of family functioning. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 29, 24-30.

Blum, R. W., Beuhring, T., Shew, M. L., Bearinger, L. M., Sieving, R. F., & Resnick, M. D. (2000). The effects of race/ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behaviors. *American Journal of Public Health*, 90, 1879-1885.

Carr, A. (1990). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. New York: Routledge.

Clarke, D. B., Neighbors, B. D., Lesnick, L. A., Lynch, K. G., & Donovan, J. E. (1998). Family functioning and adolescent alcohol use disorders. *Journal of Family Psychology*, 12, 81-92.

Cluff, R. B., Hicks, M. W., & Madsen, C. H., (1994). Beyond the circumplex model: A moratorium on curvilinearity. *Family Process*, 33, 455, 470.

Cumsill, P. E., & Epstein, N. (1994). Family cohesion, family adaptability, social support, adolescent depressive symptoms in outpatient clinical family. *Journal of Family Psychology*, 8, 202-214.

Dawson, D. A. (1991). Family structure and children's health and well-being: Data from the 1988 national health interview survey on child health. *Journal of Marriage and Family*, 53, 573-585.

Franklin, N. B., & Hafer-bray, B. (2000). *Reaching out in family therapy*. Newyork: Guilford.

Garrison, C. Z. (1997). Incidence of major depressive disorder in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 458-465.

Gorman-Smith, D., Tolan, P. H., Henry, D. B., & Florsheim, P. (2000). Patterns of family functioning and adolescent outcomes among urban African American Mexican American families. *Journal of Family Psychology*, 14, 436-457.

Harland, P., Reijnveld, S. A., Brugman, E., Verbovenhorick, S. P., & Verhulst, F. C. (2002). Family factors and life events as a risk factor for behavioral and emotional problems in children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11 (4), 176-185.

Kashani, J. M., Allan, W. D., Dahlmeier, J. M., Rezvani, M., & Reid, J. C. (1995). An examination of family functioning utilizing the circumplex model in psychiatrically hospitalized children with depression. *Journal of Affective Disorders*, 37, 35-65.

Kashani, J. M., Suarez, L., Jones, M. R., Reid, J. C. (1999). Perceived family characteristic differences between depressed and anxious children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 52, 269-274.

McFarlane, A. H., & Bellissimo, A. G. R. (1995). Family structure, family functioning and adolescent well-being: The transcendent influence of parental style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 847-864.

Millikan, E., Wamboldt, M. Z., & Bihun, J. T. (2002). Perception of the family: Personality characteristics, and adolescent internalizing symptoms. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1486-1494.

Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. Department of Family Social Science, University of Minnesota.

Olson, D. H. (1996). Clinical assessment and treatment interventions using the family circumplex model. In F. W. Kaslow (ed.), *Handbook of relational diagnosis on dysfunctional family patterns* (pp. 59-79). New York.

Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A. S., Muxen, M. Y., & Wilson, M. A. (1989). *Families: What makes them work (update edition)*. Beverly Hills. C. A: Sage Publication.

- Prange, M. E., Greenbaum, P. E., Silver, S. E., Friedman, R. M., Kutash, K., & Duchnowski, A. J. (1992). Family functioning and psychopathology among adolescent with severe emotional disturbances. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 83-102.
- Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., & Anderws, J. (1997). Family support and conflict: Prospective relations to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 333-344.
- Stanger, C. (2003). *Accounting for risk to children of drug abusers*. Paper presented at the American psychological association meeting.
- Steinhauer, P. D., Santa-Barbara, J., & Skinner, H. (1984). The process of model of family functioning. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 77-88.
- Tamplin, A., Goodyer, I. M., & Herbert, J. (1998). Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 48, 1-13.
- Verhulst, F. C., Prince, J., Vervuut-poot, C., & De-Jong, J. (1989). Mental health in dutch adolescents: Self-reported competencies and problems for ages 11-18. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1-48.
- Wood, B. (1996). A developmental biopsychosocial approach to the treatment of chronic illness in children and adolescents. In R. Mikesell, D. Lusteran, and S. McDaniel (Eds.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory* (pp. 437-457). Washington, DC: American Psychological Association.
- Yahav, R. (2002). External and internal symptoms in children and characteristics of the family systems: A comparison of the linear and circumplex modes. *American Journal of Family Therapy*, 30, 39-56.