رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۵، شماره پیاپی ۷۴، مرداد ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(5), 2022

اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری مینوچین بر اضطراب مزمن و تمایزیافتگی در مبتلایان به اختلالات روان‌تنی

The Effectiveness of Family-Structured Minochin Therapy on Chronic Anxiety and Differentiation in Patients with Psychosomatic Disorders

صفحات ۲۳۰-۲۲۱

لیلا سفیداری
دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره،دانشکده علوم انسانی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.
دکتر علی محمدزاده ابراهیمی (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.
پروین همت افزا
مربی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی،واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری مینوچین بر اضطراب مزمن و تمایزیافتگی در مبتلایان به اختلالات روان‌تنی بود. پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به سه نوع اختلال روان‌تنی شامل میگرن، اختلال گوارشی و اختلالات قلبی عروقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی بیمارستان شریعتی تهران و مرکز قلب تهران، در سال ۱۳۹۹ تشکیل داد که از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر از افراد واجد ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه گمارده شدند. همه آن‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه‌های اضطراب (BAI) بک (۱۹۹۰) و فرم کوتاه تمایز خود (DSI-FH) اسکورون و فریدلندر (۱۹۹۸) را تکمیل کردند. گروه آزمایش تحت مداخله خانواده درمانی ساختاری مینوچین قرار گرفت. در نهایت پس از جمع‌آوری اطلاعات برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری به کمک نرم‌افزار $SPSS_{V19}$ استفاده شد. نتایج نشان داد در هر دو متغیر اضطراب و تمایزیافتگی و همه مؤلفه‌های آن‌ها بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۱). به این معنی که مداخله خانواده درمانی ساختاری مینوچین باعث کاهش اضطراب و افزایش تمایزیافتگی گروه آزمایش شد. در نهایت می‌توان گفت روش خانواده‌درمانی ساختاری مینوچین یک روش مناسب برای درمان اضطراب مزمن و تمایزیافتگی بیماران روان‌تنی بوده است.

واژه‌های کلیدی: *اضطراب مزمن، اختلالات روان‌تنی، تمایزیافتگی، خانواده درمانی مینوچین.*

Lila Sefidari
PhD Student in Counseling, Department of Counseling,Faculty of Humanities ،Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.
Dr. Ali Mohammadzadeh Ebrahimi*
Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.
a.mohammaddzadeh@ub.ac.ir
Parvin Hemat afza
Instructor, Department of Psychology,Faculty of Humanities, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of Minuchin's structural family therapy on chronic anxiety and differentiation in patients with psychosomatic disorders. The present study was conducted by quasi-experimental method with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this study consisted of all patients with three types of psychiatric disorders including migraine, gastrointestinal disorders, and cardiovascular disorders referred to Shariati Hospital and Tehran Heart Center in 2020, of which 30 people Eligible inclusion and exclusion criteria were selected by available sampling method and randomly assigned to the two groups. All of them completed Skowron and Friedlander's and Beck Anxiety Inventory and the short form of differentiation in the pre-test and post-test stages. The experimental group was exposed to Minochin structural family therapy intervention. Finally, after data collection, a multivariate analysis of covariance was used to analyze the data using $SPSS_{V19}$ software. The results showed that there was a significant difference between the two groups in both variables of anxiety and differentiation and all their components (P<0.01). This means that Minochin structural family therapy intervention reduced anxiety and increased differentiation in the experimental group. Finally, it can be said that Minochin structural family therapy is a suitable method for treating chronic anxiety and differentiation of psychiatric patients.

Keywords: *Chronic Anxiety, Psychotropic Disorders, Differentiation, Minochin Family Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : خرداد ۱۴۰۱** | **پذیرش: مرداد ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: مرداد ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.20.5]

مقدمه

سلامتی انسان همواره تحت تأثیر دو عامل جسمی و روانی قرار دارد. در چند دهه اخیر نوع جدیدی از بیماری‌ها تحت عنوان اختلالات روان‌تنی[1] ظهور کرده‌اند که عوامل هیجانی و روانی در ایجاد آن‌ها دخیل هستند. این اختلالات دربرگیرنده تعاملات میان ذهن و بدن است و بر عملکرد فیزیکی، توان بدنی، خستگی، عاطفی و وضعیت بهزیستی و سلامت عمومی افراد تأثیر می‌گذارد (میلز و مرلو[2]، ۲۰۲۱). با توجه به تعریف ارائه‌شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان[3]، اختلالات روان‌تنی گروه وسیعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علائم جسمی مؤلفه اصلی آن‌ها را تشکیل می‌دهند. این مشکلات و اختلالات اشاره به نشانگان جسمانی مانند اختلالات قلبی- عروقی، تنفسی، معدی – روده‌ای، استخوانی – عضلانی، دستگاه‌های تناسلی – ادراری و پوست و اختلالات دیگری نظیر سردردهای میگرنی، سرگیجه، خستگی بیش‌ازاندازه اختلال حافظه، اشکال در تمرکز، تنگی نفس، تهوع، استفراغ، بی‌خوابی و غیره دارند که در آن‌ها حوادث پرمعنای روان‌شناختی به‌طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند (لونسون[4]، ۲۰۱۸). دردهای روان‌تنی معمولاً اختلال دردهایی هستند که با هیچ وضعیت پزشکی توجیه نمی‌شوند و شدت و نشانه‌های آن با میزان درد واقعی مطابقت نمی‌کند؛ بنابراین باید این نکته را در نظر گرفت که درد اختلال روان تنی که بیمار از آن شکایت می‌کند تنها در ذهن نیست بلکه آن درد واقعی می‌باشد و بیمار آن را به‌طور واقعی حس می‌کند و نقش بازی نکرده و ادا درنمی‌آورد (اسیدو[5] و همکاران، ۲۰۱۸). شواهد پژوهشی در سطح جهانی نشان می‌دهند که در واقع، اختلالات روان تنی، به وجود نوعی رابطه و تعامل پیچیده و چندوجهی زمینه ها و استعدادهای زیستی و فیزیولوژیک از یک سو و عوامل و فشارزاهای محیطی و روانی از سوی دیگر، اشاره دارد. این اختلالات منجر به تغییرات جسمی و پاتولوژیک ناشی از علل ذهنی یا عاطفی می‌شود. شایع‌ترین آنها استرس، اضطراب و افسردگی هستند (پاتیل[6]، ۲۰۲۱).

از جمله عوامل موثر بر اختلالات روان‌تنی که حائز اهمیت است اضطراب[7] می‌باشد. اضطراب نیز نقش مهمی در شروع اختلال‌های روانی و روان‌تنی دارد. اضطراب علاوه بر اینکه خود یک حالت ناراحت‌کننده و آزاردهنده است، مخرج مشترک بسیاری از اختلال‌های جسمی و روانی است (ناکائو و تاکیوچی[8]، ۲۰۱۸). در واقع می‌توان گفت در اغلب بیماری‌ها و اختلال‌های جسمی و روانی، اضطراب به عنوان یک عامل ناراحت‌کننده کلیدی حضور دارد و در تعامل با پتانسیل‌های زیستی و ژنتیکی، به عنوان عنصر اساسی ایجاد یا تشدید اختلالات روان‌تنی محسوب می‌شود (تفنگچی و همکاران، ۱۴۰۰). اضطراب در فرد به صورت مزمن و طولانی، می‌تواند موجب تغییرات فیزیولوژیکی مخرب عمدهای در بدن گردد. این تاثیرات مخرب شامل تضعیف سیستم ایمنی بدن، افزایش میزان کلسترول خون، افزایش احتمال بروز بیماری‌های قلبی و عروقی، افزایش فشارخون، سردردهای میگرنی و تنشی، اختلال‌های گوارشی و بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات روان‌تنی است (تیومی[9]و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع بیماری‌های روان‌تنی در گروه اختلالات اضطراب قرار می‌گیرند؛ اما تفاوت اختلال روان‌تنی با سایر اختلالات اضطرابی در این است که در چنین حالتی استرس‌ها خود را به‌صورت دردهای جسمانی و فیزیکی بروز می‌دهند؛ یعنی یا کاهش میزان اضطراب می‌توان به بهبود بیماری روان‌تنی خوش‌بین بود (ستاسنگی و براگنولی[10]، ۲۰۱۸).

سازه دیگری که در مطالعه حاضر به عنوان عامل موثر در اختلالات روان‌تنی، مورد توجه قرار گرفته است، مفهوم تمایزیافتگی[11] است. تمایزیافتگی به توانایی جداسازی فرآیندهای عاطفی از فرآیندهای عقلانی اشاره دارد و توانایی فرد برای تفکیک خود از دیگران در سطح شناختی و هیجانی است؛ یعنی با افزایش قدرت تمایز میان فرد و محیط، می‌توان روند بهبود بیماری روان‌تنی را تسریع کرد (میرزانژاد[12]، ۲۰۲۰). شواهدی وجود دارد که الگوهای خانواده منشأ، به ویژه الگوهای تنظیم فاصله، تأثیر قابل توجهی بر سطوح اضطراب، عملکرد

1 Psychosomatic Disorder
2. Myles & Merlo
3. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders(DSM-V)
4. Levenson
5. Asiedu
6. Patil
7. anxeity
8. Nakao & Takeuchi
9. Toumi & etal
10. Satsangi & Brugnoli
11. differentiation
12. Mirzanezhad

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.20.5]

اجتماعی و علائم روان‌تنی فرزندان دارد (گوردوا[1]، ۲۰۱۹). تمایز مفهومی است که برای توصیف الگوهای تعامل خانوادگی استفاده شده است که تا حد زیادی، فاصله اعضای خانواده را تنظیم می‌کند و تعادل فردی و صمیمیت متناسب با سن را تسهیل می‌کند (بریج[2]، ۲۰۱۹). این راهی برای توصیف تعادل (یا عدم تعادل) دو نیروی یا غریزه زندگی است: نیروی برای با هم بودن و نیروی فردیت. تصور می‌شود که سطوح تمایز به نسبت درجه‌ای کاهش می‌یابد که سیستم خانواده قادر به نشان دادن تحمل فردیت و یا صمیمیت نیست، که منجر به سطوح پایین‌تر عملکرد در بین همه اعضای خانواده می‌شود (میرزانژاد، ۲۰۲۰). از لحاظ نظری، سطح تمایز یک فرد دارای تعدادی پیامد مهم است. افرادی که تمایزیافتگی پایینی از سیستم هیجانی خانواده دارند بیشتر درگیر مکانیسم‌های دفاعی هیجانی مثل واکنش‌پذیری هیجانی، گسستگی عاطفی و همجوشی و یا مثلث‌سازی با دیگران می‌شوند و در نتیجه اضطراب مزمن بیشتری را در روابط خود با دیگران تجربه می‌کنند و در موقعیت‌های استرس‌زا نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی بیشتری نشان می‌دهند (گوردوا، ۲۰۱۹). در تایید این موضوع؛ مطالعات نشان داده‌اند حمایت عاطفی خانواده و یا میزان تعارض و انتقادگری خانواده می‌تواند هم در افراد سالم و هم در افراد دارای مشکلات قلبی عروقی، درد مزمن، آرتریت، سرطان و دیابت تأثیرگذار باشد (کالاتراوا[3] و همکاران، ۲۰۲۲).

تعدادی از مطالعات تاثیر برخی درمان‌های روانشناختی ازجمله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[4](گلی و همکاران، ۲۰۱۹)؛ رفتاردرمانی دیالکتیک[5](محقق و همکاران، ۱۳۹۹)، روان‌درمانی تحلیلی کارکردی[6] (فروتن و همکاران، ۱۳۹۷) در درمان بیماری‌های روان‌تنی مورد بررسی و تایید کرده‌اند؛ با این وجود، در هیچ یک از درمان‌های روانشناختی انجام شده در زمینه اختلالات روان‌تنی، نقش خانواده و تعاملات خانوادگی در ایجاد و تشدید این دسته از اختلالات مورد توجه نبوده است. نقش تعاملات عاطفی خانواده در رشد، بیان و سیر بیماری جسمی از دیرباز به طور شهودی شناخته شده بود (بریج، ۲۰۱۹). از این رو یکی از درمان‌های مبتنی بر خانواده که تاکنون اثربخشی آن در مبتلایان به اختلالات روان‌تنی بررسی نشده‌است، خانواده‌درمانی ساختاری مینوچین[7] است. به عقیده رویکرد خانواده‌درمانی ساختاری، نشانه مرضی فرد زمانی که در بافت الگوی تعاملی خانواده ارزیابی شود بهتر قابل‌درک است و برای رفع نشانه‌ی مرضی باید در ساختار یا سازمان خانواده تغییر صورت گیرد. فرض مهم رویکرد ساختاری این است که هر خانواده یک ساختار دارد این ساختار زمانی که خانواده در شرایط واقعی قرار داشته باشد شناخته می‌شود. ویژگی عمده درمان در این مدل تأکید بر اینجا و اکنون است. ایده اصلی خانواده‌درمانی ساختاری این است که نشانه مرضی فرد هنگامی‌که در بافت الگوهای تعاملی خانواده ارزیابی شود، قابل شناخت‌تر خواهد بود. یادگیری این رویکرد انطباقی، می‌تواند بیماران مبتلابه سه نوع اختلالات روان‌تنی را در مقابل دیگر رویدادهای فشارزای زندگی هم مقاوم‌تر کند (کار[8]، ۲۰۱۴)؛ از نظر خانواده‌درمانی ساختاری قبل از درمان و برطرف کردن نشانه‌های مرضی، لازم است در سازمان یا ساختار خانواده تغییراتی صورت گیرد. ساختار خانواده مجموعه نامرئی از نقش‌های ویژه‌ای است که اعضای خانواده، از طریق آن به یکدیگر مرتبط می‌شوند. در این رویکرد تأکید بر خانواده به‌عنوان یک کل و تعاملات بین زیر منظومه‌های آن است. تادروس و فینی[9] (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری بر اختلالات خانوادگی و مشکلات روان‌تنی مجرمان زندانی پرداختند و نتایج نشان داد خانواده درمانی ساختاری بر کاهش اختلالات خانوادگی و مشکلات روان‌تنی مجرمان زندانی اثربخش است. از جمله عوامل موثر بر اختلالات روان‌تنی که حائز اهمیت است اضطراب می‌باشد. اضطراب نیز نقش مهمی در شروع اختلالهای روانی و روان تنی دارد. اضطراب علاوه بر اینکه خود یک حالت ناراحت‌کننده و آزاردهنده است، مخرج مشترک بسیاری از اختلالهای جسمی و روانی است. در واقع می‌توان گفت در اغلب بیماری‌ها و اختلالهای جسمی و روانی، اضطراب به عنوان یک عامل ناراحت‌کننده کلیدی حضور دارد و در تعامل با پتانسیلهای زیستی و ژنتیکی، به عنوان عنصر اساسی ایجاد یا تشدید اختلالات روان‌تنی محسوب می‌شود(شوارتز و گلداسمیت[10]، ۲۰۱۹). در مجموع نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری مینوچین بر درمان اختلالات جسمانی و روان تنی (لئونیدو[11] و همکاران،

1. Gordeeva
2. Bridge
3. Calatrava
4. Mindfulness- Based Cognitive
5. Dialectical Behavior Therapy (Dbt)
6. Functional Analytic Psychotherapy (Fap)
7. Minuchin's structural family therapy
8. Carr
9 Tadros & Finney
10. Schwartz & Goldsmith
11. Leonidou

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.20.5]

۲۰۱۹) و کاهش اضطراب (تادروس و فینی، ۲۰۱۸؛ نقاش و مورگان، ۲۰۱۶ و سیدعالی‌پور، ۱۳۹۸) و افزایش تمایزیافتگی (بریج، ۲۰۱۹) مؤثر است.

با توجه به بالا بودن شیوع اختلالات روان‌تنی در ایران و با توجه به بررسی پیشینه پژوهش و فقدان مطالعاتی در زمینه بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی و با توجه به اینکه در ایران خلاء پژوهشی در زمینه اثربخشی روش‌های روان‌درمانی بر اختلالات روان‌تنی احساس می‌شود و از طرفی با توجه به این‌که بیماران فوق با مشکلات زیادی درزمینهٔ روابط خاتوادگی و بین فردی روبرو هستند ضروری است با انجام مداخلات روانشناختی مبتنی بر خانواده این موضوع بررسی شود. نتایج احتمالی پژوهش در این زمینه می‌تواند به شناخت بیشتر در زمینه درمان این اختلالات و توسعه‌ی دانش در این زمینه منجر شود. در تحقیقات پیشین این نقص به عنوان یک کمبود و نارسایی وجود دارد. با توجه به مطالب بیان شده، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری مینوچین بر اضطراب مزمن و تمایزیافتگی مبتلایان به اختلالات روان‌تنی است.

روش

این پژوهش نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به سه نوع اختلال روان‌تنی شامل میگرن، اختلال گوارشی و اختلالات قلبی عروقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی بیمارستان شریعتی تهران و مرکز قلب تهران، در سال ۱۳۹۹ تشکیل داد. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سه نوع اختلال مزبور و مراجعه‌کننده به مراکز فوق بودند که به صورت غیر تصادفی و با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین افراد داوطلب با توجه به برخی ملاک‌های ورود انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص ابتلا به سه نوع اختلال روان‌تنی میگرن، اختلالات گوارشی و اختلالات قلبی عروقی توسط پزشک که با استفاده از معاینات و آزمایشات انجام شده منشاء جسمانی شناخته شده‌ای برای آن‌ها یافت نشده است و توسط روانپزشک تشخیص اختلال روان‌تنی بر آن‌ها داده شده‌است، دامنه سنی ۵۵-۲۰ سال، دارا بود حداقل تحصیلات دیپلم، عدم دریافت هرگونه مداخله روان‌شناختی دیگر در طول مطالعه، عدم دریافت هرگونه داروهای روان‌پزشکی حداقل به مدت ۶ ماه قبل از ورود به پژوهش و عدم سوءمصرف مواد بود. ملاک‌های خروج شامل شرکت در کارگاه آموزشی یا درمانی دیگر در حین اجرای پژوهش و نداشتن تمایل به ادامه ی همکاری بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه اضطراب بک[1] (BAI): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۰ توسط آرون بک و همکاران به‌منظور سنجش اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی ساخته شد. در پرسشنامهٔ بک چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی، هراس) را توصیف می‌کند این پرسشنامه ۲۱ سوال دارد. بک و همکاران (۱۹۹۸) روایی همگرا با بررسی نمونه های بالینی ۰/۹۲ و پایایی آن را با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سوالات را از ۰/۳ تا ۰/۷۶ گزارش کردند؛ همچنین اکبری و همکاران در سال ۱۳۹۳ ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کردند. روایی همگرا با بررسی نمونه های بالینی ۰/۷۲ و پایایی آن را به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۷ گزارش کردند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برابر ۰/۸۰ بود.

پرسش‌نامه فرم کوتاه تمایز خود (DSI-FH)[2]: این پرسشنامه توسط اسکورون و فریدلندر[3] (۱۹۹۸) برای اندازه‌گیری تمایزیافتگی ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه است؛ که با مقیاس لیکرت در یک طیف شش گزینه ای از «اصلاً شبیه خصوصیات من نیست» «کاملاً شبیه خصوصیات من است» درجه‌بندی‌شده و دارای چهار خرده‌مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی، جایگاه من، برش هیجانی و هم آمیختگی با دیگران است. پرسشنامه دارای سؤالات معکوس است. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده سطح تمایز بالاتر است. پایایی بازآزمایی پرسشنامه توسط تدوین‌کنندگان با فاصله یک هفته بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش شد. روایی ملاکی هم‌زمان پرسشنامه با استفاده از رابطه آن با افسردگی، اضطراب حالت، اضطراب صفت، استرس و عزت‌نفس بررسی شد که همبستگی بین آن ها از ۰/۴۰ تا ۰/۸۰ متغیر

1. Beck angiety inventory
2. Differentiation Of Self Inventory-Short Form
3. Skowron And Friedlander

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.20.5]

بود که نشان از روایی مطلوب پرسشنامه دارد (اسکورون، ۱۹۹۸). ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران، توسط فخاری و همکاران در سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که چهار عامل پیشنهادی سازنده مقیاس در فرهنگ ایرانی احراز می‌شوند. در خصوص پایایی، ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل جایگاه من، ۰/۶۷، عامل واکنش‌پذیری هیجانی ۰/۴۸، عامل هم آمیختگی با دیگران ۰/۷۶ و عامل برش هیجانی ۰/۷۳ گزارش شد و روایی ملاکی هم‌زمان پرسشنامه با استفاده از رابطه آن با افسردگی، اضطراب و استرس از ۰/۵۰ تا ۰/۷۵ برآورد شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ می‌باشد. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل مقیاس برابر ۰/۷۷ بود.

خانواده درمانی ساختاری مینوچین: این برنامه طی ۸ جلسه دو ساعته و هفته‌ای یکبار اجرا شد. شرح جلسات در جدول ۱ بیان شده است. ابتدا زمان و مکان جلسات را مشخص شد و از خانواده تقاضا گردید که جهت آموزش ها و درمان در آن مکان و زمان همگی حضور داشته باشند. در هر جلسه ۵ دقیقه برای تنظیم برنامه جلسه، ۱۰ دقیقه صرف ارزیابی پیشرفت آموزش، ۱۵ دقیقه صرف گزارش تکلیف، ۷۰ دقیقه از هر جلسه را صرف آموزش روش درمان ساختی و ۱۵ دقیقه صرف تعیین تکلیف برای کار در منزل می باشد. جلسات خانواده درمانی ساختاری پژوهش حاضربراساس کتاب مینوچین (۱۹۹۸) تنظیم گردید.

جدول ۱: محتوای جلسات خانواده درمانی ساختاری مینوچین

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و معارفه اعضا، بیان اهداف جلسات و ایجاد قرارداد شفاهی بین اعضاء انجام ارزیابی اولیه
جلسه دوم	بیان کلیات درمان ساختی و مفاهیم تاب آوری و رضایت زناشویی
جلسه سوم	به نمایش گذاشتن وضعیت غالب خانواده ها و معرفی زیر منظومه ها
جلسه چهارم	آموزش فنون خانواده درمانی و انجام الگوهای مراوده ای
جلسه پنجم	بیان الگوهای مراوده ای رایج و مثلث های موجود حول مشکلات خانواده
جلسه ششم	بیان مرزهای موجود در خانواده و حمایت کل اعضای خانواده از همدیگر
جلسه هفتم و هشتم	بازسازی خانواده و تغییر آن با استفاده از فنون علایم مرضی، تاکید زدایی از نشانه ی مرضی در مدت مداخله ی درمانی، دستکاری روحیه

شیوه اجرا: پس از تعیین جامعه آماری و حجم نمونه، ملاحظات اخلاقی به عمل آمد و تأییدیه اخلاقی پژوهش با کد IR.IAU.BOJNOURD.REC.1400.002 توسط دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه بجنورد و کارآزمایی بالینی با کد IRCT20210319050747N1 توسط مرکز کارآزمایی بالینی ایران صادر شده است. در ادامه جهت اجرای پژوهش، با هماهنگی مدیر مراکز درمانی بیمارستان شریعتی تهران و مرکز قلب تهران، پرونده‌های افراد مبتلا به سه نوع اختلال روان‌تنی، شامل میگرن، اختلال گوارشی و اختلالات قلبی عروقی را در اختیار محقق قرار داده و ضمن تماس با بیماران در مورد روش کار به آن ها توضیحات لازم داده شد. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایگزینی آن‌ها در گروه آزمایش و گروه گواه، ابتدا از همه آن‌ها پیش‌آزمون (T1) به عمل آمد. سپس گروه آزمایش در معرض مداخله خانواده درمانی ساختاری مینوچین (X2) قرار گرفت. در این مرحله گروه گواه هیچ‌گونه مداخله آزمایشی دریافت نکرد، اما جهت رعایت اصول اخلاقی یک جلسه دو ساعته برای این بیماران برگزار گردید که در این جلسه به توصیف بیماری پرداخته شد اما هیچ‌گونه راهبرد روان‌شناختی به این بیماران ارائه نگردید. ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر عبارت بودند از: در مورد موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آن‌ها برای آزمودنی‌ها توضیح داده می‌شد و به آن‌ها گفته شد که شرکت در دوره‌های درمانی داوطلبانه و با رضایت خود فرد است و هیچ اجباری برای شرکت در دوره‌ها وجود نداشت. اطمینان دادن به آزمودنی‌ها درباره محرمانه بودن پاسخ‌ها و حق انصراف از مطالعه در هر مرحله از پژوهش وجود دارد. پس از انجام جلسات مداخلات خانواده درمانی برای گروه آزمایش از هر ۲ گروه پس‌آزمون به عمل آمد (T2). برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) به کمک نرم‌افزار $SPSS_{V19}$ استفاده شد.

یافته ها

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.20.5]

نتایج مربوط به یافته‌های جمعیت‌شناختی حاکی از آن است که از بین افراد شرکت‌کننده در پژوهش تعداد ۱۲ زن و ۳ مرد در گروه خانواده درمانی ساختاری مینوچین و ۹ زن و ۶ مرد در گروه گواه قرار داشتند. همچنین میانگین و انحراف معیار سن برای گروه خانواده درمانی ساختاری مینوچین ۴۵/۵±۶/۸۳ و برای گروه گواه ۴۵/۰۶±۴/۳۵ بود. ۳ نفر از گروه آزمایش و ۵ نفر از گروه گواه مجرد و ۱۲ نفر از گروه آزمایش و ۱۰ نفر از گروه گواه متأهل بودند. از هر دو گروه ۱ نفر تحصیلات دیپلم و ۱۴ نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرها در جدول زیر قرار دارد.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه خانواده درمانی ساختاری مینوچین				گروه گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشانگان جسمی اضطراب	۱۶/۰۶	۶/۴۰	۱۰/۸۶	۴/۳۲	۱۳/۹۳	۶/۰۲	۱۴/۴۶	۵/۸۹
نشانگان عاطفی اضطراب	۹/۵۳	۴/۸۶	۵/۸۰	۳/۲۳	۸/۱۳	۳/۸۱	۸/۲۶	۳/۷۵
اضطراب کل	۲۵/۶۰	۱۱/۲۳	۱۶/۶۶	۷/۳۶	۲۲/۰۶	۹/۷۵	۲۲/۷۳	۹/۵۲
جایگاه من	۴/۸۰	۱/۶۹	۶/۱۳	۱/۴۵	۴/۲۰	۱/۸۹	۴/۲۶	۱/۷۵
هم آمیختگی با دیگران	۱۷/۲۶	۳/۷۳	۲۳/۶۰	۵/۰۸	۱۶/۶۶	۵/۴۸	۱۶/۷۳	۴/۸۰
برش هیجانی	۱۶/۳۳	۲/۳۸	۱۸/۲۰	۱/۶۵	۱۶/۳۳	۲/۱۲	۱۶/۱۳	۲/۰۳
واکنش‌پذیری هیجانی	۱۱/۰۶	۲/۹۸	۱۵/۶۶	۲/۷۶	۱۰/۰۰	۳/۷۹	۱۰/۱۳	۳/۳۳
تمایزیافتگی کل	۴۹/۴۶	۸/۴۷	۶۳/۶۰	۷/۵۷	۴۷/۲۰	۱۰/۱۵	۴۷/۲۶	۸/۸۱

همانطور که در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارائه شده است. پس از بررسی یافته‌های توصیفی، در ادامه به تجزیه و تحلیل آماره‌های استنباطی پرداخته می‌شود، لذا قبل از انجام تحلیل‌های مربوطه، وضعیت کلی داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا وجود داده‌های پرت تک‌متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی (Plot Box) بررسی و نتایج نشان داد که هیچ داده پرتی در متغیرها وجود ندارد. همچنین قبل از انجام تحلیل‌های استنباطی، مفروضات آزمون کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. نتایج این بررسی نشان داد این آزمون برای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است (P>۰/۰۵). همچنین نتایج مربوط به ارتباط خطی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش مبنی بر موازی بودن خطوط رگرسیون صادق بود. از سویی برای بررسی برابری ماتریس واریانس ـ کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است (P=۰/۸۳۰، F=۰/۷۰۷، ۱۹/۳۸۲=ام باکس). علاوه بر آن به‌منظور بررسی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده‌شد که نتایج حاکی از برقراری این مفروضه برای همه متغیرهای پژوهش بود. بنابراین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معناداری در نمرات دو گروه داشت (P=۰/۰۰۰۱، F=۴۰/۱۳۴، ۰/۹۳۴= اثر پیلایی). نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش

اثرات	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۹۳۴	۴۰/۱۳۴	۶	۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳۴	۱
اثر لاندای ویلکز	۰/۰۶۶	۴۰/۱۳۴	۶	۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳۴	۱
اثر هتلینگ	۱۴/۱۶۵	۴۰/۱۳۴	۶	۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳۴	۱
بزرگترین ریشه روی	۱۴/۱۶۵	۴۰/۱۳۴	۶	۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳۴	۱

همانطور که در جدول فوق قابل مشاهده است، نتایج حاکی از آن است که بین دو گروه در متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری در سطح P<۰/۰۵ وجود دارد. به‌منظور مشخص شدن این تفاوت نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در ادامه ارائه‌شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.20.5]

جدول ۳: نتایج آزمون کوواریانس تک‌متغیری برای مقایسه گروهی متغیرهای پژوهش

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
نشانگان جسمی اضطراب	۱۹۷/۷۸	۱	۱۹۷/۷۸	۴۶/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۸	۱
نشانگان عاطفی اضطراب	۸۷/۶۹	۱	۸۷/۶۹	۲۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۷	۰/۹۹۸
اضطراب کل	۵۴۸/۸۵	۱	۵۴۸/۸۵	۳۸/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۸	۱
جایگاه من	۳۱۸/۲۶	۱	۳۱۸/۲۶	۶۶/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۱	۱
هم‌آمیختگی با دیگران	۱۴۵/۴۱	۱	۱۴۵/۴۱	۷۳/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۰	۱
برش هیجانی	۱۳/۳۰	۱	۱۳/۳۰	۳۱/۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۱	۱
واکنش‌پذیری هیجانی	۲۳/۱۱	۱	۲۳/۱۱	۲۱/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۵	۰/۹۹۳
تمایزیافتگی کل	۱۴۷۰/۹۲	۱	۱۴۷۰/۹۲	۲۶۷/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۴	۱

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در همه متغیرهای پژوهش بین دو گروه تفاوت معنی‌داری در سطح P<۰/۰۱ وجود دارد. در دو ستون آخر جدول نتایج مجذور اتا نشان می‌دهد که هر متغیر چند درصد از واریانس متغیر گروهی را تبیین می‌کند و میزان توان آزمون توسط هر متغیر به چه میزان است. از سوی با مشاهده نتایج آماره‌های توصیفی می‌توان گفت آموزش خانواده درمانی ساختاری مینوچین باعث کاهش نمرات اضطراب و افزایش نمرات تمایزیافتگی در پس‌آزمون گروه آزمایش شد که می‌توان گفت این به معنی اثربخشی این درمان است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی خانواده درمانی ساختاری مینوچین بر اضطراب مزمن و تمایزیافتگی در مبتلایان به اختلالات روان‌تنی (میگرن، اختلالات گوارشی و اختلالات قلبی عروقی) بود. یافته ها نشان داد که خانواده درمانی ساختاری مینوچین، اضطراب را در مبتلایان به اختلالات روان‌تنی در مقایسه با گروه گواه، کاهش داده است. این یافته با پژوهش‌های لئونیدو و همکاران (۲۰۱۹؛ تادوس و فینی (۲۰۱۸) و سیدعالی‌پور (۱۳۹۹) همسو بود. این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که در خانواده درمانی ساختاری مینوچین یکی از موضوعات مهمی که بر آن تمرکز می‌شود؛ وضعیت روانی تک تک افراد خانواده و پاسخگویی به نیاز اعضای خانواده است و در نظر گرفتن الگوهای رشد خانواده به عنوان یک کل منسجم یا نهاد می‌باشد. این موضوعات مهم که در خانواده درمانی ساختاری مینوچین بر آن تأکید می‌شود(کوجیما، ۲۰۰۶) منجر به تعاملات و رفع نیاز اعضای خانواده از طریق هم می‌گردد و همین عامل منجر به کاهش اضطراب می‌گردد و در نتیجه آن نشانگان جسمی و عاطفی در افراد خانواده کاهش می‌یابد. همچنین در رویکرد خانواده درمانی ساختاری، نشانه مرضی فرد زمانی که در بافت الگوی تعاملی خانواده ارزیابی شود بهتر قابل درک است علاوه بر آن در خانواده درمانی ساختاری مداخلات و آموزش‌ها به ایجاد ساختاری که در آن والدین در رأس هرم خانواده هستند و فرزندان نیز نقش‌های مربوط به خود را ایفا می‌نمایند و با تقویت اقتدار والدین جهت کنترل، نظارت و راهنمایی خانواده تغییرات عملکردی مناسبی در خانواده به وجود می‌آید که همین تغییرات منجر به کاهش تنش و اضطراب در خانواده می‌گردد. همچنین این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که هدف اصلی خانواده درمانی این است که حل مشکلات موجود را تسهیل نموده، رشد سالم خانواده را با تمرکز بر ارتباط بین فردی و اعضای مهم خانواده و شبکه‌ی اجتماعی بهبود بخشد با توجه به اینکه در خانواده‌درمانی ساختاری مشکلات فرد در بافت و الگوهای تعاملی خانواده ارزیابی می‌شود، به همین دلیل درک و شناخت و برطرف‌کردن آن‌ها هم راحت‌تر می‌گردد. طبق دیدگاه ساختاری مینوچین سبک‌های خانواده در تنظیم و ابراز حالات هیجانی و عاطفی خیلی مؤثر است و سعی این دیدگاه بر این است که مشکلات را با تمرکز بر ارتباطات بین فردی در خانواده حل کنند به همین دلیل با تأکید بر دریافت حمایت از جانب خانواده و برقراری تعامل مثبت بر کاهش اضطراب مؤثر است.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد خانواده درمانی ساختاری مینوچین، تمایزیافتگی و خرده مقیاس‌های آن؛ جایگاه من، هم آمیختگی با دیگران، برش هیجانی و واکنش‌پذیری هیجانی را در مبتلایان به اختلالات روان‌تنی در مقایسه با گروه گواه، افزایش داده است. این یافته با پژوهش‌های نقاش و مورگان (۲۰۱۶)؛ همسو بود. این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که در خانواده درمانی ساختاری مینوچین به دلیل اینکه بر زمان حال تأکید می‌کنند و در آن عمل مقدم بر شناخت است و در آن‌ها اعمال فشار برای ایجاد مرزهای روشن، افزایش

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.20.5]

انعطاف‌پذیری در تعامل خانواده و تغییر ساختار خانواده‌هایی که یکی از اعضای آن دچاراختلال هستند، صورت می‌گیرد، منجر به تمایزیافتگی در اعضای خانواده می‌شود و همین خود عاملی برای شکل گیری تمایزیافتگی ئر افراد مبتلا به اختلالات روان تنی می گردد. این نوع از خانواده درمانی تأکید زیادی بر انعطاف‌پذیری ساختار خانواده دارد و همین عامل باعث می‌شود فرد در عین حفظ استقلال خود به حفظ ارتباط با اعضای خانواده و دیگران بپردازد و در نتیجه آن تمایز فرد حفظ می‌گردد. همچنین در تبیین دیگر باید بیان داشت در مداخلات خانواده درمانی ساختاری به ایجاد تغییر در انجام تکالیف در هر کدام از زیر منظومه‌های خانواده از یک سو و اصلاح وضعیت مرزهای خانواده از طرف دیگر پرداخته می‌شود. اصلاح وضعیت مرزهای خانواده به نحوی انجام می‌شود که علاوه بر تبادل اطلاعات و احساسات، هویت فردی هر یک از اعضای خانواده حفظ گردد. علاوه بر آن درمانگر در مراحل پایانی درمان تغییر ایجاد شده در سازمان و قواعد خانواده را ارزیابی می‌کند و در صورت وجود ائتلافی بین اعضای خانواده از فنون متعدد برای بر هم زدن ائتلاف‌ها بهره می‌گیرد و در مجموع تغییرات حاصله در عملکرد خانواده در اثر مداخلات بازسازی، از قبیل مرزسازی، تقویت زیر منظومه زناشویی، تقویت زیرمنظومه والدینی واعضای خانواده به دست می‌آید و همین تکنیک ها باعث شکل گیری تمایزیافتگی در افراد مبتلا به اختلالات روان تنی می‌گردد.

خانواده درمانی ساختاری مینوچین بر کاهش اضطراب و افزایش تمایزیافتگی بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی مؤثر بوده است. در خانواده درمانی ساختاری مینوچین با تقویت اقتدار والدین جهت کنترل، نظارت و راهنمایی خانواده تغییرات عملکردی مناسبی در خانواده به وجود می‌آید که همین تغییرات منجر به کاهش تنش و اضطراب در خانواده و افزایش تمایزیافتگی در میان اعضای آن می‌گردد.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به حجم نمونه پایین و روش نمونه گیری غیرتصادفی در انتخاب افراد دارای اختلالات روان‌تنی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی بیمارستان شریعتی تهران و مرکز قلب تهران، در سال ۱۳۹۹ اشاره داشت. پیشنهاد می شود، در آینده این پژوهش با استفاده از روش های نمونه گیری تصادفی و حجم نمونه بالا بر روی اختلالات روانی مختلف نیز انجام گردد. با توجه به اینکه خانواده درمانی ساختاری در کاهش اضطراب و افزایش تمایزیافتگی بیماران مبتلا به روان‌تنی موثر بوده است، روان‌شناسان و روان‌درمانگران با استفاده از نتایج این پژوهش می‌توانند برنامه‌ریزی‌های مناسب‌تری را برای بهبود تمایزیافتگی، کاهش اضطراب و استرس افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی انجام دهند. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند یاری‌گر متخصصان در امر پیشگیری، درمان و طراحی مداخلاتی باشند که علاوه بر جنبه‌های جسمی بر جنبه‌های روانی بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی با تأکید بر نقش خانواده باشد.

در نهایت نویسندگان بدین وسیله نیز از کلیه افراد شرکت‌کننده در پژوهش، پرسنل و همه افرادی که در بیمارستان‌های شریعتی و مرکز قلب تهران همکارای داشتند، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

منابع

فخاری، ن.، لطیفیان، م.، و اعتماد، ج. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه تمایزیافتگی خود در دانشجویان ایرانی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۴(۱۵)، ۵۸-۳۵. https://jem.atu.ac.ir/article_268.html

اکبری بلوطبنگان، ا.، و رضایی، ع. م. (۱۳۹۳). ساخت و اعتباریابی مقیاس خودیابی (SDS) بر اساس نظریه‌های مختلف شخصیت در دانشجویان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۶(۳)، ۶۸-۵۵. DOI: 10.22075/jcp.2017.2173

محققی، ح.، مهدی خانلو، م.، پارسی‌نژاد، ز.، و عاشوری، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودکارآمدپنداری درد و اجتناب تجربه‌ای مادران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۸۸(۱۹)، ۴۴۹-۴۳۹. http://psychologicalscience.ir/article-1-632-fa.html

تفنگچی، م.، رئیسی، ز.، قمرانی، ا.، و رضایی، ح. (۱۴۰۰). تدوین بسته ارتقای تحمل پریشانی و مقایسه اثربخشی آن با درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۰)، ۶۲۱-۶۳۴. http://psychologicalscience.ir/article-1-1047-fa.html

فروتن، ص.، حیدری، ع.، عسگری، پ.، نادری، ف.، و ابراهیمی مقدم، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی تحلیلی کارکری بر بهبود افسردگی و توانش ارتباطی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۹)، ۶۱۷-۶۱۱. http://psychologicalscience.ir/article-1-264-fa.html

سیدعالی پور، م. (۱۳۹۸). اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلال اضطراب جدایی کودکان ۴-۶ ساله. *اولین کنگره دوسالانه تازه‌های روانشناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز، مهرماه ۱۳۹۸*. https://www.tpbin.com/article/80769

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.20.5]

Asiedu, K., Dzasimatu, S. K., & Kyei, S. (2018). Impact of dry eye on psychosomatic symptoms and quality of life in a healthy youthful clinical sample. *Eye & contact lens*, *44*, S404-S409. https://doi.10.1097/ICL.0000000000000550

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, *56*(6), 893. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893

Bridge, E. N. (2019). Review of a case study in light of Bowen theory: Differentiation of self. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, *3*(5), 65-72. https://doi.org/10.31461/ybpd.556080

Calatrava, M., Martins, M. V., Schweer-Collins, M., Duch-Ceballos, C., & Rodríguez-González, M. (2022). Differentiation of self: A scoping review of Bowen Family Systems Theory's core construct. *Clinical psychology review*, *91*, 102101. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102101

Carr, A. (2014). The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, *36*(2), 158-194. https://doi.org/10.1111/1467-6427.12033

Goli, F., Omidi, A., Eduard Scheidt, C., & Givehki, R. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychosomatic Symptoms and Mindfulness in Patients With Psychosomatic Disorders. *Practice in Clinical Psychology*, *7*(2), 79-86. https://doi.10.32598/jpcp.7.2.79

Gondivkar, S. M., Gadbail, A. R., Sarode, S. C., Hedaoo, A., Dasgupta, S., Sharma, B., ... & Patil, S. (2021). Oral Psychosomatic Disorders in Family Caregivers of Oral Squamous Cell Carcinoma Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, *22*(2), 477. doi: 10.31557/APJCP.2021.22.2.477

Gordeeva, O. (2019). TGFβ family signaling pathways in pluripotent and teratocarcinoma stem cells' fate decisions: Balancing between self-renewal, differentiation, and cancer. *Cells*, *8*(12), 1500. https://doi.org/10.3390/cells8121500

Leonidou, C., Panayiotou, G., Bati, A., & Karekla, M. (2019). Coping with psychosomatic symptoms: The buffering role of psychological flexibility and impact on quality of life. *Journal of health psychology*, *24*(2), 175-187. https://doi.org/10.1177/1359105316666657

Levenson, J. L. (Ed.). (2018). *The American Psychiatric Association Publishing textbook of psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry*. American Psychiatric Pub. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/۱۲۰۳۱-۵۰_The-American-Psychiatric-Association-Publishing-textbook-of-psychosomatic-medicine-and-consultation-liaison-psychiatry-۳de-ed/

Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (2013). Psychosomatic families. In *Psychosomatic families*. Harvard University Press. https://doi.org/10.4159/harvard.9780674418233

Mirzanezhad, B. (2020). The Effect of problem-solving based family therapy on emotional intimacy and marital quality of cultural couples in Tabriz. *The American journal of family therapy*, *48*(5), 405-430. https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1765894

Myles, L. A. M., & Merlo, E. M. (2021). Alexithymia and physical outcomes in psychosomatic subjects: a cross-sectional study. *Journal of Mind and Medical Sciences*, *8*(1), 86-93. doi:10.22543/7674.81.P8693

Nakao, M., & Takeuchi, T. (2018). Alexithymia and somatosensory amplification link perceived psychosocial stress and somatic symptoms in outpatients with psychosomatic illness. *Journal of clinical medicine*, *7*(5), 112-118. https://doi.org/10.3390/jcm7050112

Negash, S., & Morgan, M. L. (2016). A family affair: Examining the impact of parental infidelity on children using a structural family therapy framework. *Contemporary Family Therapy*, *38*(2), 198-209. https://doi.org/10.1007/s10591-015-9364-4

Satsangi, A. K., & Brugnoli, M. P. (2018). Anxiety and psychosomatic symptoms in palliative care: from neuro-psychobiological response to stress, to symptoms' management with clinical hypnosis and meditative states. *Ann Palliat Med*, *7*(1), 75-111. doi: 10.21037/apm.2017.07.01.

Schwartz, R., & Goldsmith, J. (2019). Internal Family Systems in Family Therapy. *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*, 1575-1580. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_199

Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1998). The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. *Journal of counseling psychology*, *45*(3), 235-246. https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.235

Tadros, E., & Finney, N. (2018). Structural family therapy with incarcerated families: A clinical case study. *The Family Journal*, *26*(2), 253-261. https://doi.org/10.1177/1066480718777409

Toumi, M. L., Merzoug, S., & Boulassel, M. R. (2018). Does sickle cell disease have a psychosomatic component? A particular focus on anxiety and depression. *Life sciences*, *210*, 96-105. https://doi.org/10.1016/j.lfs.2018.08.066

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.20.5]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.20.5]