

July-August 2020, Volume 8, Issue 3

Comparison of the Effectiveness of Three Methods of Family Mode Deactivation Treatment, Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of life of Mothers and Aggression of Female adolescents with Behavioral Problems

Sara Javadi¹, Mohsen Golparvar^{2*}, Rasieh Izadi³

1- PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. **(Corresponding Author)**
E-mail: drmgolparvar@hotmail.com

3- Assistant Professor in Psychology, Safahan Nonprofit Higher Education Institute, Isfahan, Iran.

Received: 13 April 2020

Accepted: 19 July 2020

Abstract

Introduction: Quality of life and aggression are variables that are important for adolescents with behavioral problems. The aim of this study was to determine the effectiveness of family mode deactivation treatment, cognitive-behavior therapy, and acceptance-commitment therapy on quality of life of mothers and aggression of female adolescent with behavioral problems.

Methods: The research method was quasi-experimental, and research design was four groups with three stages: pre-test, post-test, and two months of follow-up. Among one hundred and twenty 14-18 years old mothers girl adolescent with behavioral problems in Isfahan, in the summer 2019, mothers 60 adolescent were selected based on criteria of entry and exit and then randomly assigned in four groups, each group with 15 adolescent. Quality of life questionnaire and Buss & Perry aggression questionnaire was used to measure the dependent variable in the pretest, post-test and two months of follow-up. The family mode deactivation treatment, cognitive-behavior therapy and acceptance-commitment therapy groups received treatment in 10 sessions and the control group did not receive any treatment. . Data were analyzed by repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test using SPSS software (version 24).

Results: The results showed that family mode deactivation treatment, cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy showed a significant difference in quality of life of mothers and aggression of female adolescents with the control group ($p < 0.01$). That is, it increased the quality of life of mothers and decreased aggression in female adolescents in all three groups, but there was no significant difference between the three treatment methods ($p < 0.05$).

Conclusions: Overall, the findings of this study revealed that family mode deactivation treatment, cognitive-behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy are among the treatments that can improve the quality of life of mothers and reduce their aggression girls with behavioral problems. Therefore, it is recommended to use these treatments for girls with behavioral problems.

Keywords: Family mode deactivation treatment, Cognitive-behavior therapy, Acceptance-commitment therapy, Quality of life, Aggression.

مقایسه اثربخشی سه روش درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران و پرخاشگری نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری

سارا جوادی^۱، محسن گل پرور^{۲*}، راضیه ایزدی^۳

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
 ۲- دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)
 ایمیل: drmgolparvar@hotmail.com
 ۳- استادیار، گروه موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی صفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۲۵

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی و پرخاشگری از متغیرهایی هستند که برای نوجوانان دارای مشکلات رفتاری از اهمیت زیادی برخوردارند. این پژوهش با هدف تعیین مقایسه اثربخشی درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر پرخاشگری نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری و کیفیت زندگی مادران آن ها انجام شد.

روش کار: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهش، چهارگروهی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه بود. از میان مادران ۱۲۰ نوجوان دختر ۱۴ تا ۱۸ ساله شهر اصفهان در تابستان ۱۳۹۸، مادران ۶۰ نوجوان بر مبنای ملاک های ورود به صورت هدفمند انتخاب و در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). پرسشنامه کیفیت زندگی وارشربون برای مادران و پرسشنامه پرخاشگری باس و پری برای نوجوانان استفاده شد. سه گروه درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد به تفکیک طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان قرار گرفتند و گروه گواه هیچ گونه درمانی دریافت ننمود. داده ها از طریق تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی با کمک نرم افزار SPSS (ویرایش ۲۴) تحلیل گردید.

یافته ها: نتایج حاصل نشان داد درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد نشان داد در کیفیت زندگی مادران و پرخاشگری نوجوانان دختر با گروه کنترل تفاوت معنادار ایجاد کرد ($p < 0/01$)، یعنی باعث افزایش کیفیت زندگی مادران و کاهش پرخاشگری نوجوانان دختر در هر سه گروه گردید ولی بین سه روش درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$).

نتیجه گیری: در مجموع، یافته های این پژوهش نشان داد درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد می توانند کیفیت زندگی مادران را ارتقاء و در عوض پرخاشگری نوجوانان دختر را کاهش دهند. بر همین اساس پیشنهاد می شود که از این درمان ها برای درمان نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری استفاده شود.

کلیدواژه ها: درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری، درمان پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، پرخاشگری.

مقدمه

خانواده و جامعه را متأثر می سازد، مشکلات رفتاری برونریزی شده به ویژه پرخاشگری است که در سال های نوجوانی گریبان بسیاری از افراد را می گیرد و رنج و درد فراوانی برایشان به ارمغان می آورد (۲). بعضی از اختلالات

دوره نوجوانی از دوران های بسیار بحرانی زندگی است و فرد را با مشکلات فراوانی دست به گریبان می سازد (۱). از جمله مسائل این دوره که پیامدهای منفی داشته و افراد،

تئوری مدهاست که اولین بار توسط بک در سال ۱۹۹۶ بیان شد. بک، مد را شبکه‌ای از شناخت، عاطفه، محرک‌ها و عناصر رفتاری می‌داند که در شخصیت فرد یکپارچه شده و در موقع روبرو شدن با تنش فعال می‌شوند. نوجوانان دارای مشکلات رفتاری، وقتی خطری واقعی یا غیر واقعی را درک می‌کنند، در حالت آماده باش شدید و حساسیت به فعال شدن مدها قرار می‌گیرند و شدیداً احساس ترس می‌کنند، بنابراین به آسانی شارژ شده و بدون اینکه خودشان متوجه شوند از حالت سکون به حالت فوق فعال تغییر حالت می‌دهند (۱۲). MDT به صورت روشمند به سنجش و ساختاردهی مجدد باورهای هسته‌ای ترکیبی ناکارآمد، اعتباربخشی، تصریح و جهت‌دهی مجدد برای ایجاد تعادل در باورها و تنظیم هیجان استفاده می‌کند. درمان غیر فعال سازی حالت بر این مطلب تأکید دارد که سیستم خانوادگی در تجارب و نحوه ابرازگری برآشفتگی‌های نوجوانان و ناکارآمدی‌های آنان تأثیر داشته و می‌تواند نقش مهمی را در رابطه با ایجاد تغییرات بادوام ایفا کند (۱۳).

درمان شناختی رفتاری برای حل و فصل کردن مشکلات رفتاری و هیجانی از طریق برطرف کردن تفکر مشکل‌زا و شناسایی باورهای مربوط به خود، دیگران و دنیا طراحی شده است. این افکار، فرضیات و باورهایی را که زیربنای احساسات و پاسخ‌های مشکل‌زا نسبت به رویدادها هستند را شناسایی و اصلاح می‌کند و هدف این کار حذف کردن رفتارها و احساسات ناسازگار است (۱۴). هدف اصلی این درمان باورها و رفتارهای افراد است که بر رفتارهای ایشان تأثیر می‌گذارد (۱۵) و تأکید اصلی این رویکرد بر تأثیری که شناخت، عاطفه و رفتارها بر یکدیگر دارند است (۱۶). در رویکرد شناختی-رفتاری شناخت‌های نامعقول و فرضیه‌های منفی به چالش کشیده می‌شوند که در حالات ناخوشایند هیجانی نقش دارند (۱۷).

درمان پذیرش و تعهد با تلفیق راهبردهای کلیدی پذیرش و ذهن‌آگاهی برای اثرگذاری بر تغییر رفتاری از طریق انعطاف‌پذیری روانشناختی پدید آمده است (۱۸). بنابراین، به جای تمرکز کردن بر حذف یا کاهش دهی نشانگان، هدف متحول ساختن درک و رابطه مراجعان با افکار و احساسات

نه تنها در نوجوانان شایع هستند، بلکه کیفیت زندگی آن‌ها و خانواده‌هایشان را نیز کاهش می‌دهند (۳). این مجموعه هیجان‌های منفی که چندان نیز از یکدیگر قابل تمیز نیستند بروز رفتارهایی را رقم می‌زنند که برای بیشتر والدین چاره‌ای باقی نمی‌گذارد جز آن‌که نوجوان خویش را به عنوان وحشی، یاغی و نافرمان در برابر مراجع قدرت معرفی کنند؛ غافل از این که حجمی گسترده از مطالعات انگشت اتهام را در شکل‌گیری و ظهور این عواطف منفی به سمت خود والدین و شرایط خانوادگی خود ایشان نشانه می‌رود (۴). روانشناسان اجتماعی عمل پرخاشگری را رفتار آگاهانه‌ای می‌دانند که هدفش اعمال درد و رنج جسمانی یا روانی می‌باشد (۵) و در صورت درون‌ریزی شدن قادر به ایجاد انواع مشکلات جسمی و روانی است (۶). یکی از پیامدهای ناخوشایند پرخاشگری کاهش کیفیت زندگی خانواده است. کیفیت زندگی به عنوان درک، تفسیر و رضایت هر فرد از جنبه‌های مختلف زندگی تعریف می‌شود و به عنوان یک مفهوم پویای چند بعدی در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند در بین افراد مختلف و همچنین در طول زندگی یک فرد متفاوت باشد (۷). کیفیت روابط والدین خصوصاً رابطه مادر و نوجوان نقش تعیین‌کننده‌ای در بهداشت روان نوجوان داشته و از تأثیرات منفی ارتباط نامناسب می‌توان به مشکلات رفتاری و مشکلات هیجانی نوجوانان از جمله پرخاشگری اشاره کرد (۸). رهنمودهای درمانی توصیه می‌کنند که در کار با نوجوانانی که دچار مشکلات رفتاری هستند، ارجح‌ترین درمان‌ها، مداخلات روانشناختی خانواده محور هستند و پژوهش‌های زیادی وجود دارد که اثرات مثبت برنامه‌های درمانی خانواده محور را نشان داده‌اند (۹، ۱۰).

درمان غیر فعال سازی حالت خانواده محور: FMDT به عنوان یک درمان موج سوم برای نوجوانان دارای مشکلات رفتاری و خانواده‌های آنان پدید آمده است. در این نوع درمان، ترکیب منحصر به فردی از فنون غیر فعال سازی حالت خانواده محور، ارزیابی، روشن سازی و جهت‌دهی مجدد باورهای بنیادین، پذیرش و ذهن‌آگاهی در مسیر حذف رفتارهای مشکل‌آفرین استفاده می‌شود (۱۱). درمان غیر فعال سازی حالت در هسته مرکزی خود مبتنی بر

دشوار است تا آن‌ها به عنوان بخشی طبیعی از زندگی ادراک شده و پذیرفته شوند (۱۹). از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منبع اولیه وجود مشکلات در مراجع انعطاف ناپذیری روانشناختی اوست. در گزینه‌های محدود برای رفتار، موجب می‌شود که فرد احساس گرفتاری و اسارت کند (۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش تعهد متمرکز است بر استفاده از انعطاف پذیری روانشناختی، یعنی داشتن گزینه‌های رفتاری در دسترس که این امر زمانی اتفاق می‌افتد که فرد آگاهانه افکار و احساسات پریشان کننده خود را می‌پذیرد و رفتاری هم‌سو و سازگار با ارزشهایش نشان می‌دهد (۲۱).

پژوهشگران اخیراً به نقش خانواده و بالاخص والدین، در درمان مشکلات رفتاری نوجوانان توجه ویژه‌ای مبذول داشته‌اند. به عنوان مثال سوارت و آپشه در مجموعه مطالعات متوالی خود در سال ۲۰۱۴ دریافتند درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور برای نوجوانان پرخاشگر و افزایش کیفیت زندگی خانواده مؤثرتر از درمان‌های معمول بوده است (۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۵). تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر خانواده بر کاهش پرخاشگری و افزایش کیفیت زندگی مؤثر است (۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰ و ۳۱).

از آنجا که نوجوانان بخش مهمی از جامعه هستند و مشکلات رفتاری آنها ممکن است باعث کاهش انرژی ذهنی برای آن‌ها و به بار آوردن هزینه‌های سنگینی برای خانواده و جامعه‌ی ایران نیز بخش قابل توجهی از نوجوانان را در میان دارد، توجه به مشکلات روانشناختی نوجوانان و کاربرد رویکرد‌های درمانی نوین می‌تواند گامی به سوی فراهم آوردن سلامت روانی برای آنها باشد و در این میان با توجه به این که مادران در مقایسه با پدران زمان بیشتری با نوجوان خود صرف می‌کنند، استرس بیشتری را در قبال شرایط و مسئولیتهای مداومی که این نوجوانان به لحاظ روانی، هیجانی و اجتماعی برای آنها دارد، متحمل می‌شوند. نکات مورد اشاره همگی شواهدی برای ضرورت تداوم توجه به خانواده‌های دارای نوجوان دارد. بنابراین لازم است تا با پژوهش علمی علاوه بر بررسی و مستند نمودن تاثیر روش نوین درمان غیرفعال سازی

حالت خانواده محور (FMDT)، این تاثیر با معروفترین روش‌های درمانی شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد مورد مقایسه قرار گیرد. لیکن در پژوهش حاضر سعی بر آن است تا به مقایسه اثربخشی درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور (FMDT) با درمان شناختی رفتاری (CBT) و درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر پرخاشگری نوجوانان دختر ۱۴-۱۸ سال دارای مشکلات رفتاری و افزایش کیفیت زندگی مادران آن‌ها پرداخته شود.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر روش یک پژوهش نیمه آزمایشی و با طرح چهار گروهی شامل سه گروه درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری، درمان پذیرش و تعهد و یک گروه گواه با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را مادران ۱۲۰ نوجوان دختر ۱۴ تا ۱۸ ساله دارای مشکلات رفتاری مراجعه کننده به مراکز مشاوره و درمان روان شناختی شهر اصفهان که در مجموع با توجه به نقاط جغرافیایی ۸ مرکز در نظر گرفته شد در تابستان سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از میان جامعه آماری مورد اشاره، مادران ۶۰ نوجوان، با احتساب ۱۵ نفر برای هر یک از چهار گروه پژوهش به توصیه کوک و همکاران (۳۲)، به روش نمونه‌گیری هدفمند بر مبنای ملاک‌های ورود انتخاب و سپس آزمودنی‌ها با شیوه تصادفی ساده به گروه‌ها تخصیص داده شدند. معیارهای ورود شامل تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، قرار داشتن در رده سنی ۱۴ تا ۱۸ سال، عدم قرار داشتن تحت درمان‌های موازی روان شناختی یا روان پزشکی وجود علائم و نشانه‌های لازم و کافی برای تشخیص مشکلات رفتاری بر اساس مصاحبه بالینی مبتنی بر پنجمین ویراست راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM-۵) (افراد دارای نمرات متوسط و بالاتر در پرخاشگری)، عدم ابتلا به اختلال روان شناختی یا روانپزشکی حاد یا مزمن و معیارهای خروج نیز شامل عدم همکاری و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان بودند. در این پژوهش گروه مشارکت کننده در درمان غیر فعال سازی حالت خانواده محور تحت

سارا جوادی و همکاران

است (۵)، تا حدودی شبیه من است (۴)، نه شبیه من است نه شبیه من نیست (۳)، تا حدودی شبیه من نیست (۲)، تا به شدت شبیه من نیست (۱) پاسخ داده و دو عبارت ۹ و ۱۶ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. نمره کل برای پرخاشگری از مجموع نمرات سوالات این پرسشنامه به دست می آید. پرسشنامه پرخاشگری دارای روایی و پایایی قابل قبولی است. ضریب پایایی پرسشنامه به شیوه بازآزمایی برابر با ۰/۷۸ بود. نتایج ضریب بازآزمایی برای چهار زیرمقیاس (با فاصله ۹ هفته) ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ و همبستگی بین چهار زیرمقیاس ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ به دست آمده است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در سطح مولفه ها بین ۰/۸ تا ۰/۸۳ گزارش شده است (۳۶). در این مطالعه آلفای کرونباخ محاسبه و برابر با ۰/۹۱ به دست آمد.

در پژوهش حاضر پس از انتخاب شرکت کنندگان و جایگزینی آن ها در گروه های آزمایش و کنترل کلیه شرکت کنندگان در پژوهش در مرحله پیش آزمون به پرسشنامه های پرخاشگری و کیفیت زندگی پاسخ دادند، سپس گروه های مداخله ای تحت جلسات ارائه شده در فوق قرار گرفتند. پس از پایان جلسات درمانی شرکت کنندگان پژوهش در چهار گروه آزمایش و کنترل مجدداً در مرحله پس آزمون و پیگیری دو ماهه به پرسشنامه های پرخاشگری و کیفیت زندگی پاسخ دادند. با توجه به آن که بسته درمان غیر فعال سازی حالت خانواده محور بر اساس فرایند تدوین و اعتبار آزمایی اولیه برای این پژوهش و متکی بر منبع سوارت و آپشه (۲۴) بود؛ جهت اجرای این پروتکل ابتدا به بررسی توافق حاصل از نظر داوران درباره ساختار درمان، طول درمان و طول زمان هر جلسه، کفایت محتوایی و کاربردی پرداخته شد که نتیجه آن نشان دهنده توافق داوران در این زمینه (۰/۹۵) و اجرای مطالعه پایلوت در یک گروه شش نفری، اعتبار اجرایی و عملیاتی بسته درمانی غیر فعال سازی حالت خانواده محور نوجوان پرداخته شد. خلاصه محتوای جلسات درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری، و درمان پذیرش و تعهد در سه جدول ۱ تا ۳ ارائه شده است.

مداخله بسته درمان غیر فعال سازی حالت خانواده محور سوارت و آپشه (۲۰۱۴) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفتند (۲۳)؛ بسته درمان شناختی رفتاری بارکلی (۱۳۹۴) بر گروه شرکت کننده درمان شناختی رفتاری در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد (۳۳) و بسته درمان پذیرش و تعهد هیس و استروسال (۲۰۰۴) را در یک دوره ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند (۳۴). گروه کنترل تا پایان مرحله پیگیری مداخله ای دریافت نکرد و منتظر درمان باقی ماند. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت کنندگان از نتایج، دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1397.231 و آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان سه گروه آزمایش. از دو ابزار زیر در این پژوهش استفاده شده است.

برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه ۳۶ سوالی که کیفیت زندگی افراد را مورد ارزیابی قرار می دهد و توسط واروشوربرن (۱۹۹۲) معرفی شده، استفاده شد. در این پرسشنامه مقیاس های پاسخگویی چندگانه (برای برخی سوالات مقیاس مشکل دارم=۰ تا اصلاً مشکلی ندارم=۲؛ برای برخی سوالات دیگر مقیاس بلی=۰ و خیر=۱؛ هیچ=۵ تا خیلی زیاد=۱۰ و همه اوقات=۵ تا هیچ وقت=۰) متناسب با سوالات استفاده می شود. افزایش امتیازات در این پرسشنامه به معنای افزایش کیفیت زندگی است. روایی و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می تواند در تمام شاخص ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید (۳۵). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه کیفیت زندگی برابر با ۰/۸۹۹ به دست آمد.

برای سنجش پرخاشگری، از پرسشنامه ۲۹ سوالی باس و پری (۱۹۹۲) استفاده شد. پاسخگو در این پرسشنامه به هر یک از عبارات در یک طیف ۵ درجه ای از کاملاً شبیه من

جدول ۱: خلاصه محتوای درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور (FMDT)

جلسه	عنوان جلسه	شرح اختصاری جلسه
اول	آشنایی گروهی، معرفی قواعد دوره های درمانی همراه با آموزش روانی، تربیتی در حوزه علایم و نشانه های مشکلات به همراه پیش آزمون	۱. آگاهسازی شرکتکنندگان ۲. تاکید درمانگر بر نقش تکالیف خانگی ۳. اطلاعات درباره ساختار درمان و توافق بر سر آن ۴. ضرورت آموزش روانی فراگیری مهارتها جلوگیری از عود بیماری درمانگر خویش شدن ۵. اجرای پیش آزمون
دوم	سنجش عوامل اثر گذار بر مشکلات رفتاری، هیجانی و شناختی مادر و نوجوان	تیپ شناسی سنجش هراسها پرسشنامه باورهای هسته ای ترکیبی
سوم	مفهوم سازی مشکلات رفتاری	داده های مربوط به دوران کودکی (پیشینه سوء استفاده) داده های رفتاری تشخیص ها
چهارم	مفهوم سازی مشکلات شناختی	گوش کردن فعال و دقیق همگام با مشارکت دادن مراجع در مراحل مختلف مفهوم سازی تشویق مراجع به افشاء و مشارکت در درمان از طریق پذیرش و اعتبار بخشی به واقعیت های ذهنی او. ارتباط بین تجارب گذشته، باورها و رفتارها از طریق مفهوم سازی.
پنجم	مفهوم سازی مشکلات هیجانی	جایگزین کردن رفتارهای ناکارآمد با رفتارهای سالم تر متوازن سازی باورها خود کنترلی هیجانی و رفتاری
ششم	درمان مشکلات عاطفی و هیجانی	تنفس متمرکز کوتاه تمرین تنفس آگاهانه
هفتم	درمان مشکلات عاطفی و هیجانی طی فرایند پذیرش	استعاره دونات ژله ای استعاره اتوبوس
هشتم	درمان مشکلات عاطفی و هیجانی طی فرایند گسلش هیجانی	تکنیک خود به عنوان فرایند نظارت بدون قضاوت تکنیک توصیف تجربیات درونی تکنیک توجه به احساسات و نام گذاری آنها
نهم	درمان مشکلات شناختی طی فرایند گسلش شناختی	استعاره مهمان
دهم	پایان درمان و ایجاد تعادل در افکار	اعتباربخشی تصریح جهت دهی مجدد پیوستار و باورهای متوازن تنفس ذهن آگاهانه

جدول ۲: خلاصه محتوای درمان شناختی رفتاری (CBT)

جلسه	عنوان جلسه	شرح اختصاری جلسه
اول	معرفی مبانی اساسی درمان	۱. آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان و بحث درباره رازداری، تصریح رابطه درمانی، توصیفی از روش درمانی و انجام پیش آزمون ۲. بدل نمودن توجه منفی به مثبت در تعامل با نوجوانان از هم گسیختن چرخه به ظاهر بی پایان تعاملات منفی بین والد و نوجوان با صرف کردن زمان کیفی با یکدیگر. مبدل کردن نگرش های مثبت به تشویق های اثربخش به جهت افزایش فرمانبرداری نوجوان.
دوم	یادگیری شیوه ای جدید جهت مدیریت رفتار	استفاده از اصول مدیریت رفتاری در رابطه با تعاملات روزمره با نوجوان. یادگیری ارائه فرامین اثربخش

سارا جوادی و همکاران

چگونه نوجوانان می توانند امتیاز به دست آورند؟
 اساس منطقی و اصول مربوط به مدیریت وابستگی را یاد بگیرید.
 یک سیستم رسمی را برقرار کنید - یک قرارداد رفتاری یا یک سیستم امتیازی - که امتیازات را منوط به فرمانبرداری نوجوان تان می کند.

قراردادها و سیستم های امتیازی
 سوم

چهارم	متناسب سازی تنبیه با تخطی	اضافه کردن تنبیه های مربوط به عدم فرمانبرداری و رفتارهای اجتماعی نامناسب استفاده موثر از زمینه سازی.
پنجم	مقابله با موضوعات اضافی مربوط به پاداش ها و تنبیه ها	هرگونه مشکل یا مسئله ای که تاکنون در رابطه با مدیریت وابستگی داشته اید را حل و فصل کنید. شروع به استفاده از سیستم های مدیریت وابستگی برای کلیه مشکلات رفتاری و به ویژه آنهایی کنید که بیشترین نگرانی را در رابطه با آنها دارید.
ششم	برخورد با رفتارهای ایزدایی در مدرسه و تعارضات برسر تکالیف	استفاده از یک سیستم گزارش مدرسه - خانه به منظور کاهش دهی رفتارهای نافرمانی در کلاس درس. برقراری یک قرارداد موثر درمورد تکالیف خانگی
هفتم	استفاده از مهارت های حل مسئله	یادگیری مدل حل مسئله و تمرین آن با استفاده از یک موضوع ساختگی. رده بندی کردن موضوعاتی که موجب بروز تعارض در تهیه فهرستی از مسائلی می شود که باید حل شوند. یک یا دو موضوع دارای اولویت یا شدت کمتر را برای اجرای فرایند حل مسئله انتخاب کنید.
هشتم	یادگیری و تمرین کردن مهارت های ارتباطی	یادگیری اصول کلی مربوط به ارتباطات خوب. تشخیص دهی سبک های ارتباطی منفی. یکپارچه سازی سبک ارتباطی مثبت در جلسات حل مسئله و سایر ارتباطات با نوجوان.
نهم	برخورد کردن با باورها و انتظارات غیر منطقی	تلاش برای شناسایی باورها و انتظارات منفی والد و نوجوان. جمع آوری شواهد له و علیه باورهای غیر منطقی برای مشاهده کردن این که آیا می توانید ان هارا با موارد مفیدتر عوض کنید. گنجینیدن باورها و انتظارات منطقی تر، واقع بینانه و مثبت تر در روابط تان و حل مسئله تان با نوجوان.
دهم	جلوگیری از بازگشت و نگه داشت انجام پس آزمون	دانستن این که چه هنگام از چه ابزار، مهارت یا راهبردی استفاده شود. توافق نمودن درمورد یک طرح برای برطرف کردن بحران ها. مرور کردن برآیند و ماحصل تلاشهایتان و تصمیم گیری درمورد اقدامات بعدی.

جدول ۳: خلاصه محتوای درمان پذیرش و تعهد (ACT)

جلسه	عنوان جلسه	شرح اختصاری جلسه
اول	معرفی مبانی اساسی درمان	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان و بحث درباره رازداری، تصریح رابطه درمانی، توصیفی از روش درمانی و انجام پیش آزمون. شروع درماندگی خلاق با استفاده از استعاره کندن، طناب کشی با هیولا بررسی راهبردهای کنترلی، رفتارها و نیازهای والدین با استفاده از استعاره جزیره.
دوم	درماندگی خلاق	دریافت بازخورد از جلسه قبل و بررسی رفتارهای جزیره ای والدین. درماندگی خلاق، استعاره ببر گرسنه و استعاره چاله. ارائه تکلیف.
سوم	کنترل مسئله	بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، معرفی کنترل به عنوان مسئله. بحث درباره دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون، استعاره پلی گراف. ارائه تکلیف.
چهارم	پذیرش جایگزینی برای اجتناب	بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان، بیان احساسات پاک و ناپاک. ارائه تکلیف.
پنجم	گسلش	بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با ویژگیهای پنهان زبان که باعث آمیختگی می شود، بیان گسلش و استعاره اتوبوس. ارائه تکلیف.
ششم	خود به عنوان زمینه	بررسی تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی شده (استعاره راننده اتوبوس). ارائه تکلیف.
هفتم	ارزشها	بررسی تکالیف جلسه قبل، استعاره دو کوه، شناسایی ارزش های مراجع ارائه تکلیف.

هشتم	ارزشها	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی طرحهای رفتاری مطابق با ارزش ها. ارائه تکلیف.
نهم	تعهد	بررسی تکلیف جلسه قبل و ایجاد تعهد برای عمل به اهداف. ارائه تکلیف.
دهم	تعهد	مرور تکالیف و جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون

درصد در گروه سنی ۱۵ سال، ۳۱/۶۶ درصد افراد در گروه سنی ۱۶ سال و ۳۱/۶۶ درصد در گروه سنی ۱۷ سال قرار داشتند. ۱۵ درصد از تحصیلات پدران نوجوانان تا دیپلم، ۶۶/۶۶ درصد فوق دیپلم و لیسانس و ۱۸/۳۳ درصد از افراد فوق لیسانس و بالاتر هستند. ۲۰ درصد از تحصیلات مادران نوجوانان تا دیپلم، ۶۱/۶۶ درصد فوق دیپلم و لیسانس و ۱۸/۳۳ درصد از افراد فوق لیسانس و بالاتر هستند. چهار گروه پژوهش از نظر سن، پایه تحصیلی و تحصیلات پدر و مادر از طریق آزمون خی ۲ (Chi Square) مورد مقایسه قرار گرفتند. از این آزمون برای بررسی صحت تخصیص تصادفی نمونه ها استفاده شده و توزیع مناسب (تصادفی) است. نتیجه این تحلیل نشان داد که در متغیرهای جمعیت شناختی مورد اشاره بین چهارگروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد ($p < 0.05$). (جدول ۴).

در تحلیل آماری داده ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش فرض کرویت از طریق آزمون ماکلی (ماچلی)، از تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده و سپس آزمون تعقیبی یونفرونی استفاده شد. داده ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها

داده های جمعیت شناختی نشان داد ۱۶/۶۶ درصد نوجوانان در پایه هشتم، ۱۵ درصد در پایه نهم، ۳۳/۳۳ درصد در پایه دهم و ۳۵ درصد در پایه تحصیلی دوازدهم بودند. همچنین از نظر سنی ۱۵ درصد افراد در گروه سنی ۱۴ سال، ۲۱/۶۶

جدول ۴: مقایسه فراوانی گروه های پژوهش در متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	گروه FMDT	گروه CBT	گروه ACT	گروه کنترل (گواه)	مقدار خی ۲	معناداری
پایه تحصیلی						
کلاس هشتم	۳	۳	۳	۱	۲/۲۶	۰/۶۵
کلاس نهم	۲	۲	۳	۲		
کلاس دهم	۵	۵	۴	۶		
کلاس یازدهم	۵	۵	۵	۶		
گروه های سنی						
۱۴ سال	۳	۳	۲	۱	۳/۰۳	۰/۴۴
۱۵ سال	۴	۴	۳	۲		
۱۶ سال	۴	۴	۵	۶		
۱۷ سال	۴	۴	۵	۶		
تحصیلات پدر						
تا دیپلم	۳	۳	۲	۱	۲/۰۸	۰/۷۱
فوق دیپلم و لیسانس	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰		
فوق لیسانس و بالاتر	۲	۲	۳	۴		
تحصیلات مادر						
تا دیپلم	۴	۳	۲	۳	۴/۱۵	۰/۲۹
فوق دیپلم و لیسانس	۱۰	۹	۸	۱۰		
فوق لیسانس و بالاتر	۱	۳	۵	۲		

*اطلاعات در جدول به صورت اعداد فراوانی افراد شرکت کننده در گروه ها هستند

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده، در راستای بررسی پیش فرض های این نوع تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها نشان داد در کیفیت زندگی و پرخاشگری در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توزیع داده ها نرمال است ($p > 0/05$)، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس های خطا نشان داد که واریانس بین گروه ها برابر است ($p > 0/05$)، ولی پیش فرض رعایت کرویت از طریق آزمون

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده، در راستای بررسی پیش فرض های این نوع تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها نشان داد در کیفیت زندگی و پرخاشگری در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توزیع داده ها نرمال است ($p > 0/05$)، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس های خطا نشان داد که واریانس بین گروه ها برابر است ($p > 0/05$)، ولی پیش فرض رعایت کرویت از طریق آزمون

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و پرخاشگری در چهار گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر و مرحله	گروه کنترل (گواه)	گروه ACT	گروه CBT	گروه FMDT
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
کیفیت زندگی				
پیش آزمون	۱۴ \pm ۶۰/۴۰	۱۶/۰۸ \pm ۶۵/۴۰	۱۳/۴۹ \pm ۶۴/۹۷	۱۸/۱۳ \pm ۵۹/۷۳
پس آزمون	۱۲/۹۹ \pm ۵۵/۳۳	۱۴/۶۶ \pm ۸۲/۰۷	۱۵/۰۸ \pm ۷۴	۹/۰۱ \pm ۹۰/۴۰
پیگیری	۱۲/۱۹ \pm ۵۴/۴۳	۱۰/۸۵ \pm ۸۲/۶۳	۱۳/۱۵ \pm ۷۴/۰۷	۷/۴۵ \pm ۹۲/۳۰
پرخاشگری				
پیش آزمون	۱۶ \pm ۱۱۲/۶۰	۱۲/۳۰ \pm ۱۰۸/۸۰	۱۸/۸۶ \pm ۹۴/۲۷	۶/۴۹ \pm ۱۲۵/۴۷
پس آزمون	۱۷/۳۰ \pm ۱۱۴/۲۷	۱۶/۷۵ \pm ۷۵	۲۲/۹۳ \pm ۷۴/۹۳	۸/۸۳ \pm ۵۸/۰۷
پیگیری	۱۷/۸۹ \pm ۱۱۴/۱۳	۱۶/۹۱ \pm ۷۵/۳۳	۲۳/۷۵ \pm ۷۴/۸۰	۹/۳۷ \pm ۵۶/۴۷

گواه) تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۶). همچنین نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده نشان داد که برای پرخاشگری در عامل گروه ($F=17/95$ و $p < 0/01$)، در عامل آزمون ($F=191/53$ و $p < 0/01$) و اثر متقابل آزمون و گروه ($F=46/12$ و $p < 0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد. تفاوت در عامل آزمون و تعامل آزمون با عضویت گروهی در پرخاشگری حاکی از آن است که حداقل بین یکی از سه درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی- رفتاری و درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل (گواه) تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۶).

برای مقایسه چهار گروه پژوهش در کیفیت زندگی و پرخاشگری در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده نشان داد که برای کیفیت زندگی در عامل گروه ($F=9/03$ و $p < 0/01$)، در عامل آزمون ($F=91/99$ و $p < 0/01$) و در اثر متقابل آزمون و گروه ($F=41/66$ و $p < 0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد. تفاوت در عامل آزمون و تعامل آزمون با عضویت گروهی در کیفیت زندگی حاکی از آن است که حداقل بین یکی از سه درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی- رفتاری و درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده برای کیفیت زندگی و پرخاشگری

متغیر	اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون	
عامل گروه (شامل سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل یا گواه)									
کیفیت زندگی	گروه	۱۰۷۴۹/۷۱	۳	۳۵۸۳/۲۴	۹/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹	
	خطا	۲۲۲۱۷/۲۰	۵۶	۳۹۶/۷۴	-	-	-	-	
	عامل آزمون (شامل سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و تعامل آزمون و گروه-گرینهاوس-گیزر								
	آزمون	۱۳۰۰۷/۰۴	۱/۱۴	۱۱۴۳۵/۹۳	۹۱/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱	
	تعامل آزمون و گروه	۱۷۶۷۰/۷۶	۳/۴۱	۵۱۷۸/۷۸	۴۱/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱	
	خطا	۷۹۱۷/۵۳	۶۳/۶۹	۱۲۴/۳۱	-	-	-	-	
عامل گروه (شامل سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل یا گواه)									
پرخاشگری	گروه	۳۳۶۵۴/۰۷	۳	۱۱۲۱۸/۰۲	۱۷/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱	
	خطا	۳۴۹۹۵/۹۱	۵۶	۶۲۴/۹۳	-	-	-	-	
	عامل آزمون (شامل سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و تعامل آزمون و گروه-گرینهاوس-گیزر								
	آزمون	۳۵۷۸۴/۷۴	۱/۰۳	۳۴۷۷۴/۵۲	۱۹۱/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱	
	تعامل آزمون و گروه	۲۵۷۴۹/۱۷	۳/۰۹	۸۳۷۳/۱۴	۴۶/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱	
	خطا	۱۰۴۶۲/۷۶	۵۷/۶۳	۱۸۱/۵۶	-	-	-	-	

پذیرش و تعهد با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند ($p < ۰/۰۱$)، ولی بین سه درمان تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$) (جدول ۷).

برای تعیین تفاوت جفتی گروه های سه گانه پژوهش، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که در کیفیت زندگی و پرخاشگری، درمان غیرفعال سازی خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان

جدول ۷: نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه های پژوهش در کیفیت زندگی و پرخاشگری

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین های تعدیل شده	خطای استاندارد	معناداری
کیفیت زندگی	کنترل	ACT	-۱۹/۹۹	۴/۲۰	۰/۰۰۱
	کنترل	CBT	-۱۴/۲۹	۴/۲۰	۰/۰۰۱
	کنترل	FMDT	-۱۷/۴۲	۴/۲۰	۰/۰۰۱
	ACT	CBT	۵/۶۹	۴/۲۰	۱
	ACT	FMDT	-۲/۵۶	۴/۲۰	۱
	CBT	FMDT	-۳/۱۳	۴/۲۰	۱
پرخاشگری	کنترل	ACT	۲۷/۲۹	۵/۲۷	۰/۰۰۱
	کنترل	CBT	۳۲/۳۳	۵/۲۷	۰/۰۰۱
	کنترل	FMDT	۳۳/۶۷	۵/۲۷	۰/۰۰۱
	ACT	CBT	۵/۰۴	۵/۲۷	۱
	ACT	FMDT	۶/۳۸	۵/۲۷	۱
	CBT	FMDT	۱/۳۳	۵/۲۷	۱

موضوعی است که درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور (FMDT) نوید دهنده آن می باشد. درمان MDT خانواده محور فرصتی را برای تقویت کردن پیوندها و مهارت های اجتماعی فراهم می سازد که برای اکثر خانواده های ناکارآمد، مقاوم و برآشفته از طریق تاکید بر پذیرش، آگاهی و همیاری به شیوه ای منظم، فردی سازی شده و علمی با درکی عاری از داوری و آگاهی از باورهای مشترک و فردی و فرایندهایی که از طریق آن ها افکار، احساسات و هیجانات در افراد و روابط شان تحت تاثیر واقع می شود می تواند موجب تسهیل یک محیط ایمن و قابل پیش بینی برای نوجوانان و خانواده هایشان شود. این درمان می تواند درک متقابل را در بین مادر و نوجوان پدید آورد که برآشفتگی های رخ داده شده در نوجوان و خانواده نتیجه عدم توازن های موقعیتی و نیازها است که می توان از طریق یک مسئولیت پذیری متقابل بر آن فائق آمد. به طور طبیعی، بهزیستی با عواطف مثبت رابطه دارد تا منفی که می تواند تحت تاثیر رویدادهای زندگی و تعبیر و تفسیرهای فردی قرار گیرد. تعبیر و تفسیر تجارب قویا تحت تاثیر نظام باورها قرار می گیرد که با هدف با معنا سازی رویدادها بنا نهاده شده است. یک نظام باور منفی از پیش موجود در یک یا چند بعد از تجربه فردی حائز تاثیر منفی بر یک رویداد واقعی یا مورد انتظار خواهد بود که می تواند موجب به دست داده شدن افکار، احساسات و رفتارهای منفی شود. مواجهه محیطی که با یک چنین ابرازگری رابطه دارد نیز می تواند منفی باشد که موجب تکمیل شدن حلقه بازخوردی برای تقویت باور مشکل زا (یا غیربهبوده) می شود. درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور (FMDT) در اداره کردن این قبیل باورهای ناکارآمد از طریق به کار گیری یک شیوه شناسی و فنون لازم برای سنجش و جهت دهی مجدد باورها که موانعی بر سر راه بهزیستی و افزایش کیفیت زندگی هستند، موثر نشان داده شده است. مهارت ذهن آگاهی که یک بعد اساسی را در اساس نامه درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور (FMDT) تشکیل می دهد، نیز یک رابطه قوی را با بهزیستی و افزایش کیفیت زندگی از طریق افزایش پذیرش، مدارا و شفقت ورزی نشان داده است (۲۴). علاوه براین، ذهن آگاهی موجب ارتقاء خودپذیری و خودانگاره می شود دو عاملی که تسهیل خودشکوفایی و بهزیستی روانشناختی و به دنبال آن افزایش کیفیت زندگی را به دنبال می آورند (۲۵) بنابراین، رویکرد

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران و پرخاشگری نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری اجرا و نتایج نشان داد که درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی مادران و کاهش پرخاشگری این نوجوانان دارای اثربخشی معنادار برابری هستند. نتایج این پژوهش با مطالعات آقایی و خانه کشی (۲۶)، حسین مردی و خلعتبری (۲۷)، برغندان و همکاران (۲۸)، کبیری و همکاران (۲۹)، عبداللهی و همکاران (۳۰) و دوستی و همکاران (۳۱) مبنی بر تاثیر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر خانواده بر کاهش پرخاشگری نوجوانان و افزایش کیفیت زندگی مادران همسو است. مجموعه مطالعات سوارت و آپشه (۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۵) مبنی بر تاثیر درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور بر نوجوانان دارای مشکلات رفتاری و آسیب های پیچیده مؤثرتر از درمان های معمول متضاد است. در واقع رویکرد درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور موجهی نوین از درمان های شناختی-رفتاری است و نسل های پیشین درمان های شناختی-رفتاری را به این امید که به دانش و بازده بهتری دست یابد، در یکدیگر ادغام و از نو صورتبندی کرده است پس نباید آن را در تضاد مستقیم با سایر رویکردها از جمله درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد دانست. نوجوانی مهمترین مرحله از مراحل رشدی فرد می باشد و این اهمیت به دلیل آن است که تغییراتی را که در ابعاد زندگی نوجوان رخ می دهد، هم زمان و همه جانبه موجب ایجاد فشارهای روانی و به خصوص پرخاشگری، برایشان می گردد، تعارضات اجتماعی و شرایط پیچیده جهان کنونی، سازگاری را برای نوجوان دشوارتر ساخته است، بنابراین مادر و نوجوان با به کارگیری مهارت های لازم در روابط بین فردی در زندگی قادر خواهند بود به طور مؤثر و سنجیده با شرایط دشوار و مشکلات خویش غلبه کنند و بدیهی است که شیوه مادر و نوجوان در مقابله با چالش های زندگی، تأثیر زیادی بر مؤفقیت، نشاط، شادابی، سلامت روان و کیفیت زندگی آن ها دارد. بدین طریق می توان از طریق مداخلات شناختی و هیجانی این فرایندها را برای به دست دادن یک تغییر مثبت بادوام اصلاح کرد که این

درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور (FMDT) در تمرکز کردن بر فرایندهای شناختی و هیجانی منفی که در باورهای هسته ای ریشه دارند و جهت دهی کردن مجدد آن ها به شیوه ای ذهن آگاهانه و همراه با اعتباربخشی حائز یک سودمندی استثنائی برای کاهش پرخاشگری و بهبود بخشی بهزیستی و افزایش کیفیت زندگی می باشد. آموزش شناختی-رفتاری، توانست نگرش مادر را نسبت به مشکل پرخاشگری نوجوان از طریق اصلاح باورهای غیرمنطقی، کاهش افکار خودآیند منفی، کاهش استفاده از تحریف های شناختی و افزایش استفاده از درک عینی از رویدادها و منطق درست و کارآمد و استفاده از تکنیک های رفتاری که باعث کاهش میزان خشم و پرخاشگری در نوجوان می شود و آموزش مهارت های ارتباطی صحیح تغییر دهد، مادران با یادگیری راهبردهای سازگارانه و جایگزین کردن افکار و موضوعات لذت بخش به جای تفکر درباره ی رویدادهای منفی زندگی کیفیت زندگی خود را ارتقاء داده و به تبع آن مشکلات والد - فرزندی به طور چشمگیری کاهش یافت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکرد درمانی است که روی خلق و ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی از طریق تضعیف اثرات اغراق آمیز شناخت ها و زبان ارزشیابانه، زمان مند و دقیق انسان تأکید می کند. انعطاف پذیری روانشناختی باعث می شود تا مراجع توانایی تماس کامل با لحظه کنونی و واکنش های روانشناختی که باعث می شود فرد هشیار شود و رفتارهایش را یا تغییر دهد یا این که در جهت ارزش های انتخاب شده ی خویش تثبیت کند قدم بردارد. درمان مبتنی بر پذیرش بر این نکته تأکید می ورزد که که باید چالش و درگیری با باورها را کم کرد زیرا فرآیند تقلا با افکار یا هیجانات مشکلات را بدتر کرده و باعث آشفتگی شرایط خانواده می شود. ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب منجر به بهبود کیفیت زندگی در مادران و کاهش پرخاشگری در نوجوانان و به متعاقب آن بهبود رابطه مادر و نوجوان گردید.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد هر سه نسبت به گروه کنترل (گواه) بر افزایش یا ارتقاء کیفیت زندگی مادران و کاهش پرخاشگری دختران نوجوان دارای مشکلات رفتاری دارای اثربخشی برابری هستند. این شواهد از اعتبار سه درمان مورد استفاده برای کمک به نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری و خانواده های آن ها حمایت می کند. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می شود تا این نوجوانان و خانواده های آن ها از طریق مشاوران مدارس به مراکز درمان روان-شناختی برای گذراندن دوره درمان غیرفعال سازی خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد در راستای افزایش سطح کیفیت زندگی و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه آن ها معرفی شوند. علاوه بر این پیشنهاد می شود تا درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد هر سه از طریق مراکز درمانی برای درمانگران نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری آموزش داده شوند تا این درمانگر هر چه بیشتر بتوانند برای این نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری و خانواده های آن ها این نوع درمان ها را اجرا و به بهبود کیفیت زندگی آن ها کمک کنند.

سیاسگاری

این مطالعه بخشی از رساله دکتری روان شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) و دارای کد اخلاق از کمیته نظارت اخلاقی بر تحقیقات علمی به شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1397.231 است. به این وسیله از کلیه نوجوانان و خانواده های آن ها و همچنین کلیه مراکزی که با همکاری خود اجرای این پژوهش را امکان پذیر نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می نمائیم.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

References

1. Khodabakhshi-Koolae A, Matin L, Falsafinejad M. The Effect of Increasing Awareness of Puberty Changes on the Resilience and Distress Tolerance in Female Teens. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)*. 2019; 7(1): 1-8.
2. Brem MJ, Florimbio AR, Elmquist J, Shorey RC, Stuart GL. Antisocial traits, distress tolerance, and alcohol problems as predictors of intimate partner violence in men arrested for domestic violence. *Psychol Viol*. 2018; 8(1): 132. <https://doi.org/10.1037/vio0000088> PMID:29552375 PMCID:PMC5849274
3. Yilmaz D, Ersever OG. The Effects of the Anger Management Program and the Group Counseling on the Anger Management Skills of Adolescents. *Online J Couns Educ*. 2017;4(4).
4. Matejevic M, Jovanovic D, Ilic M. Patterns of Family Functioning and Parenting Style of Adolescents with Depressive Reactions. *Social and Behavioral Sciences*, 2015; 185: 234-239.
5. Xie X, Chen W, Lei L, Xing C, Zhang Y. The Relationship between Personality Types and Prosocial Behavior and Aggression in Chinese Adolescents. *Pers Individ Differ*. 2016; 95(1): 56-61.
6. Sadoc B J, Sadock VA. Ruize P. *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, Eleventh Edition: Wolters Kluwer; 2014.
7. Esmi Z, Paivastegar M, Parhoon H, Kazemi Rezaei Ali. Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Quality of Life, Mental Health and Self-care Behavior in Breast Cancer Patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)*. 2020; 7(5): 44-53.
8. . Betts K, Williams G, Najman J, Alati R. The relationship between maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy and adult offspring behavioral and emotional problems. *Depression and Anxiety*. 2015; 32 (2): 82-90. <https://doi.org/10.1002/da.22272> PMID:24788841
9. Van Ryzin M J, Roseth C J, Fosco G M, Lee Y, Chen I C. A component centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review*; 2016. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.007> PMID:27064553 PMCID:PMC4856569
10. Mingebach T, Kamp-Becker I, Christiansen H, Weber L. Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems. *PloS (Public Library of Science) One*. 2018; 13(9): e0202855. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202855> PMID:30256794 PMCID:PMC6157840
11. Apsche JA, Bass CK, Backlund B. Mediation analysis of mode deactivation therapy (MDT). *The Behavior Analyst Today* 2012; 13(2): 2-10. <https://doi.org/10.1037/h0100723>
12. Apsche J A, DiMeo L. Mode deactivation therapy for aggression and oppositional behavior in adolescents: An integrative methodology using ACT, DBT, and CBT . Oakland, CA: New Harbinger; 2012.
13. Swart J, Apsche J A. Family mode deactivation therapy (FMDT): A randomized controlled trial for adolescents with complex issues. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2014; 9 (1): 14-22. <https://doi.org/10.1037/h0101010> <https://doi.org/10.1037/h0101012>
14. Ellis A. Cognitive restructuring of the disputing of irrational beliefs. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (2nd ed., pp. 91–95). New York, NY: John Wiley & Sons; 2008.
15. Ciarrochi J, Bilich L, Godsell C. Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. *J Assessing mindfulness*. 2010:51-75.
16. Leddy MA, Anderson BL, Schulkin J. Cognitive-behavioral therapy and decision science. *J New Ideas Psychol*. 2013;31(3):173-83.
17. Hays PA, Iwamasa GY. *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
18. Hayes S C, Strosahl K D. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media LLC; 2010.
19. Hayes S C, Lillis J. *Acceptance and commitment therapy*. Massachusetts, USA: American Psychological Association; 2012.
20. JG AT, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health prob-

- lems. *Psychother Psychosom.* 2015;84(1):30-6. <https://doi.org/10.1159/000365764> PMID:25547522
21. Thoma N, Pilecki B, McKay D. Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodyn Psychiatry.* 2015;43(3):423-61. <https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423> PMID:26301761
 22. Swart J, Apsche J A. A comparative study of mode deactivation therapy (MDT) as a superior treatment of adolescents with suicidal and parasuicidal behaviors. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy.* 2014a;9(3). <https://doi.org/10.1037/h0101640>
 23. Swart J, Apsche J A. Family mode deactivation therapy (FMDT) as a contextual treatment. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy.* 2014b; 9 (1): 30-37. <https://doi.org/10.1037/h0101012>
 24. Swart J, Apsche J A. Family mode deactivation therapy (FMDT) mediation analysis. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy.* 2014c; 9 (1): 1-13. <https://doi.org/10.1037/h0101009>
 25. Swart J, Apsche J A. Mindfulness, mode deactivation, and family therapy: A winning combination for treating adolescents with complex trauma and behavioral problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy.* 2014d; 9(2): 9-14. <https://doi.org/10.1037/h0100992>
 26. Aghaee R, KhanehKashi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Aggression in Third Grade Secondary School Students in Fereydoonkanaar, 5th National Conference on Recent Innovation in Psychology, Applications and Empowerment with a focus on Psychotherapy, Tehran, Shams Gonbad University and with the support of university associations and departments Country; 2019. [In Persian].
 27. Hossein Mardi AA, Khalatbari J. Comparison of the Effectiveness of Cognitive behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Rate of Anger in High School Students in Tehran. *Pajouhan Scientific Journal.* 2018; 16(2): 59 - 66. [In Persian]. <https://doi.org/10.21859/psj.16.2.59>
 28. Barghandan S, Akbari B, Khalatbari J, Varaste A R. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion focused therapy on quality of life among female adolescents with high risk behaviors. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences.* 2018; 26(3): 158 - 168. [In Persian]. <https://doi.org/10.29252/sjimu.26.3.158>
 29. Kabiri M, Haghani Zemydani M, Khazan K, Shafiee H. Effect of Cognitive Behavior Therapy for Mothers of Aggressive daughters on Aggression Reduction among their Daughters: A Quasi experimental Study. *MEJDS;* 2017. [In Persian].
 30. Abdoallahi R, Eeravani M R, Ameni Rastab Z. The Effectiveness of Medical Acceptance and Commitment on Verbal Aggression in High School Girl Students in Shahr-e-kord. *Journal of Law Enforcement Science Chaharmahal and Bakhtiari.* 2017; 4(15): 39-56. [In Persian].
 31. Dousti P, Gholami S, Torabian S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Aggression among Students with Internet Addiction. *Journal of Health and Care.* 2016; 18 (1): 63-72. [In Persian].
 32. Cook TD, Campbell DT, Shadish W. *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference:* Houghton Mifflin Boston, MA; 2002.
 33. Barkley r. *Communication with a disobedient teenager.* Translated by Shahnaz Khaleghipour, Fatemeh Sadat Tabatabai Nejad and Maliheh Sadat Kazemi, Tehran: Shahid Fahmideh Publications; 2015. [In Persian].
 34. Hayes S C, Strosahl K D. *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy.* New York: Springer-Verlag; 2004.
 35. Montazeri A., Goshtasebi A., Vahdaninia M., Gandek B., The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of Iranian version. *Quality of Life Research* 2005; 14:875-882. [In Persian]. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-1014-5> PMID:16022079
 36. Samani S, Investigating the reliability and validity of the Bass and Perry Aggression Questionnaire, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology,* 1386; 13 (4): 359-365. [In Persian].