

اثربخشی درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری

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

چکیده

مقدمه: افسردگی و اضطراب از متغیرهایی هستند که سلامت روانی نوجوانان را تضعیف می‌کند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب نوجوانان دختر اجرا شد.

روش بررسی: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهش، چهارگروهی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه بود. از میان مادران ۱۲۰ نوجوان دختر ۱۴ تا ۱۸ ساله در شهر اصفهان در تابستان ۱۳۹۸، مادران ۶۰ نوجوان بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل، هر گروه ۱۵ نفر گمارده شدند. پرسشنامه‌های افسردگی کواس و اضطراب کتل مورد استفاده قرار گرفت. سه گروه درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد طی ۱۰ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در افسردگی و اضطراب، بین درمان‌های غیرفعال سازی حالت خانواده محور، شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین بین سه درمان با یکدیگر در افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد، ولی در اضطراب بین درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور با درمان شناختی-رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد درمان‌های غیرفعال سازی حالت خانواده محور، شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد از زمره درمان‌هایی هستند که می‌توانند افسردگی و اضطراب نوجوانان دختر را درمان کنند.

کلمات کلیدی: خانواده درمانی، درمان شناختی-رفتاری، درمان پذیرش و تعهد، افسردگی، اضطراب، نوجوانان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی، اصفهان، ایران
۲. دانشیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی، اصفهان، ایران (*مؤلف مسئول)
drmgolparvar@hotmail.com
۳. استادیار، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی صفاهان، اصفهان، ایران

مقدمه

نوجوانی از پرماجرترین دوره‌های زندگی آدمی است. مطالعاتی که در دهه‌های اخیر انجام گرفته، نشان می‌دهد بر تعداد نوجوانانی که نشانه‌های آسیب‌شناسی رفتاری یا هیجانی را در خویش حمل می‌کنند افزوده می‌شود و در صورتی که نوجوان نتواند به طور مؤثری با آنها برخورد کند، منجر به شروع و یا تشدید پاره‌ای مشکلات رفتاری از قبیل افسردگی و اضطراب می‌گردد [۱]. خانواده، مهمترین عاملی است که در شکل‌گیری و یا حفظ مشکلات رفتاری نقش دارد. خانواده‌هایی که در آنها همسویی والدین، ابراز عواطف و ارائه حمایت در آن وجود ندارد از کارکرد مناسبی برخوردار نیستند و می‌توانند منجر به بروز مشکلات رفتاری گوناگونی همچون افسردگی و اضطراب گردند [۲]. افسردگی بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی یکی از مهمترین اختلالات خلق است [۳]. نشانه‌های افسردگی بین ۱۳ تا ۱۵ سالگی یک مرتبه افزایش یافته و دختران نوجوان دو برابر پسران از افسردگی رنج می‌برند [۴]. افسردگی در نوجوانان می‌تواند منجر به رفتارهای بزهکارانه در سطح خانواده و جامعه، مشکلات مدرسه‌ای و مشکلات در برقراری رابطه با همسالان شود [۵]. همچنین اضطراب از شایعترین اختلال روانپزشکی در نوجوانی است [۶]. به طور متوسط از هر ۱۰۰ کودک و نوجوان، ۱۳ نفر بین سنین ۹ تا ۱۷ سال یکی از انواع اختلالات اضطرابی را تجربه می‌کنند و شیوع این اختلال در دختران بیش از پسران است [۷]. اضطراب در ابتدای نوجوانی می‌تواند منجر به بروز حساسیت در روابط بین فردی و کاهش سازگاری گردد [۸]. کیفیت روابط والدین خصوصاً رابطه مادر و نوجوان نقش تعیین‌کننده‌ای در بهداشت روان نوجوان داشته و تأثیر طولانی آن بر نوجوان تأیید شده است [۹]. از تأثیرات منفی ارتباط نامناسب می‌توان به مشکلات رفتاری و مشکلات هیجانی نوجوانان اشاره کرد [۱۰]. شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از نوجوانانی که دچار مشکلات رفتاری هستند، درمان‌های معتبر و متناسب را دریافت نمی‌کنند [۱۱]. رهنمودهای درمانی توصیه می‌کنند که در کار با

نوجوانانی که دچار مشکلات رفتاری از جمله اضطراب و افسردگی هستند، ارجح‌ترین درمان‌ها، مداخلات روانشناختی خانواده محور هستند [۱۲]. درمان خانواده محور بدون سرزنش والدین یا نوجوان و برچسب زدن به آنها به عنوان سیستم خانواده ناکارآمد، با خانواده وارد گفتگو می‌شود [۱۳]. احتمالاً یکی از محدودیت‌های مدل‌های درمانی موجود در درمان نوجوانان دارای مشکلات رفتاری، عدم مشارکت والدین است. از آنجا که آنها در بافت خانواده جای گرفته‌اند، دخالت والدین در درمان مشکلات رفتاری نوجوانان یک موضوع تحولی اساسی است [۱۴]. از این رو برآن شدیم به مطالعه درمان‌هایی پردازیم که در این بین بیشترین تأثیرات را بر کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان دارد. در این بین بر درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور (FMDT)^۱ تمرکز نمودیم و به دنبال آن به مقایسه این درمان با درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد می‌پردازیم. درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور 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 غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور، ارزیابی، روشن‌سازی و جهت‌دهی مجدد باورهای بنیادین، پذیرش و ذهن آگاهی در مسیر حذف رفتارهای مشکل آفرین استفاده می‌شود [۱۵]. درمان غیرفعال‌سازی حالت (MDT)^۲ در هسته مرکزی خود مبتنی بر تئوری حالت‌ها است که اولین بار توسط بک در سال ۱۹۹۶ بیان شد. بک، حالت 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

1. Family Mode Deactivation Therapy

2. Mode Deactivation Therapy

سکون به حالت فوق فعال تغییر حالت می‌دهند. MDT به صورت روشمند به سنجش و ساختاردهی مجدد باورهای هسته‌ای ترکیبی ناکارآمد، اعتباربخشی، تصریح و جهت دهی مجدد برای ایجاد تعادل در باورها و تنظیم هیجان استفاده می‌کند [۱۶]. درمان غیرفعال‌سازی حالت بر این مطلب تأکید دارد که سیستم خانوادگی در تجارب و نحوه ابرازگری برآشفتگی‌های درونی نوجوانان و ناکارآمدی‌های آنان تأثیر داشته و می‌تواند نقش مهمی را در رابطه با ایجاد تغییرات بادوام ایفا کند [۱۷]. 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. از آنجایی که تحریفات در تفکر و دآوری فرد به برآشفتگی روانشناختی و رفتار ناکارآمد می‌انجامد، 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 [۱۸]. درمان پذیرش و تعهد با تلفیق راهبردهای کلیدی پذیرش و ذهن آگاهی برای اثرگذاری بر تغییر رفتار از طریق انعطاف‌پذیری روانشناختی پدید آمده است [۱۹]. بنابراین، به جای تمرکز کردن بر حذف یا کاهش نشانگان، هدف متحول ساختن درک و رابطه مراجعان با افکار و احساسات دشوار است تا آنها به عنوان بخشی طبیعی از زندگی ادراک شده و پذیرفته شوند [۲۰]. مشکلات رفتاری نوجوانان حائز اثرات قوی بر خانواده‌ها، جامعه و مؤسسات است که برای کاهش دادن این اثرات به مداخلات مؤثر نیاز است. به عنوان مثال سواری و آپشه در مجموعه مطالعات متوالی خود در سال ۲۰۱۴ دریافتند درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور برای نوجوانان دارای مشکلات رفتاری مؤثرتر از درمان‌های معمول بوده است [۲۱-۲۴]. گروهی از محققان دریافتند درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر خانواده بر کاهش اضطراب و افسردگی نوجوانان تأثیر معناداری داشته است [۲۵-۲۸]. بسیاری از شیوه‌های درمان و به ویژه درمان‌های

شناختی-رفتاری در طی یکی دو دهه اخیر توجهات بسیاری را به خود جلب کرده‌اند. با این وجود شواهد تجربی در جهت تأیید اثربخشی آنها در درمان جمعیت‌های نوجوان دارای مشکلات رفتاری و خانواده‌های برآشفته ایشان کم‌رنگ است. به همین دلیل نیز نظریه‌پردازان و درمانگران مطرح طی سال‌های اخیر تلاش نموده‌اند تا درمان‌های جایگزین برای نوجوانان دارای مشکلات رفتاری و خانواده‌های آنها مطرح کنند. درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور یکی از این رویکردهای درمانی نوین برای نوجوانان و خانواده‌های آنها است [۱۷]. این رویکرد درمانی در خارج از ایران معرفی شده و در ایران تاکنون تحقیقات گسترده و لازم منتشر شده‌ای درباره آثار و تبعات این رویکرد درمانی بر نوجوانان دارای مشکلات رفتاری و خانواده‌های درگیر با این نوجوانان انجام نشده است. بنابراین لازم است تا با پژوهش علمی علاوه بر بررسی و مستند نمودن تأثیر روش نوین درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور، این تأثیر با معروفترین روش‌های درمانی شناختی - رفتاری و پذیرش و تعهد مورد مقایسه قرار گیرد. در همین راستا سؤال پژوهش عبارتست از، آیا درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور درمقایسه با درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب نوجوانان دختر ۱۴-۱۸ سال دارای مشکلات رفتاری دارای تأثیر متفاوت است؟

روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر روش یک پژوهش نیمه‌آزمایشی و با طرح چهار گروهی شامل یک گروه درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور، یک گروه درمان شناختی-رفتاری، یک گروه درمان پذیرش و تعهد و یک گروه گواه با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد. 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 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 روش نمونه‌گیری هدفمند بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در چهار گروه قرار داده شدند. معیارهای ورود شامل تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، قرار داشتن نوجوان در رده سنی ۱۴ تا ۱۸ سال، عدم قرار داشتن تحت درمان‌های موازی روان‌شناختی یا روان‌پزشکی، 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-V)، عدم ابتلا به اختلال روان‌شناختی 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 و استفاده از درمان‌های روان‌شناختی همزمان بودند. اصول اخلاقی شامل رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج، دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق و آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان سه گروه آزمایش بود.

برای سنجش افسردگی از پرسشنامه کواس^۱ (۱۹۸۵) (CDI)^۲ که آیتم‌های آن از پرسشنامه افسردگی بک گرفته شده و دارای ۲۷ گویه است استفاده شد. این پرسشنامه پنج عرصه خلق منفی، مشکلات بین فردی، احساس بیهودگی، فقدان احساس لذت و عزت نفس پایین را پوشش می‌دهد و هر سؤال برحسب عدم وجود نشانه (برابر با صفر امتیاز)، تا وجود نشانه‌های مشخص (برابر با ۲ امتیاز) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نوسان امتیازات این پرسشنامه از ۰ تا ۵۴ است و هر چه نمرات افزایش یابد به معنای افزایش سطح افسردگی است. هر سؤال در این پرسشنامه دارای سه جمله است که پاسخگو با توجه به احساسات و افکار خود در طول دو هفته گذشته یکی از جملات

را انتخاب و ضربدر می‌زند. ۱۴ سؤال از ۲۷ سؤال به صورت مستقیم و ۱۳ سؤال به صورت معکوس ارائه شده است. مطالعات نشان دهنده مشخصات روانسنجی خوب برای CDI است. همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۶ است [۲۹]. در مطالعه‌ای در ایران پایایی بازآزمایی و همسانی درونی کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۳ گزارش شده است [۳۰]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه افسردگی کواس برابر با ۰/۹۷ به دست آمد.

برای سنجش اضطراب، از سیاهه اضطراب کتل^۳ با ۴۰ سؤال و در برگیرنده دو عرصه اضطراب آشکار و نهان، استفاده شد. هر سؤال این مقیاس دارای سه گزینه بله (برابر با ۲ امتیاز)، مردد (برابر با یک امتیاز) و غلط (برابر با صفر امتیاز) است که فرد پاسخگو، پاسخی که با وضعیتش سازگاری بیشتری دارد را انتخاب می‌کند. از مجموع نمرات ۴۰ سؤال این سیاهه می‌توان یک نمره کلی که بین ۰ تا ۸۰ در نوسان است و افزایش نمرات به معنای افزایش سطح اضطراب کلی است، به دست آورد. به عنوان شواهدی از روایی، نمرات سیاهه اضطراب کتل با نمرات پرسشنامه اضطراب چهارسامانه‌ای، همبستگی مثبت برابر با ۰/۶۱ و ۰/۶۵ و با نمرات سیاهه افسردگی بک همبستگی مثبت برابر با ۰/۷۰۷ را نشان داده است [۳۱]. در این مطالعه با توجه به فرهنگ متفاوت جمعیت مورد مطالعه دوباره آلفای کرونباخ محاسبه و برابر با ۰/۷۷ به دست آمد.

در اجرای پژوهش به این صورت عمل شد که پس از گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان به سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل، با استفاده از پرسشنامه افسردگی و اضطراب پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری، و درمان پذیرش و تعهد طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه توسط درمانگر مجرب و دارای بیش از ۱۰ سال تجربه درمان آموزش تحت درمان قرار گرفتند. گروه گواه در این مدت

1. Kovacs

2. Children's Depression Inventory

3. Cattle (CAI-Cattle Anxiety Inventory)

جدول ۱- خلاصه محتوای درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور

جلسه	عنوان جلسه	شرح اختصاری جلسه
اول	آشنایی گروهی، معرفی قواعد دوره‌های درمانی همراه با آموزش روانی، تربیتی در حوزه علایم و نشانه‌های مشکلات به همراه پیش آزمون	۱) آگاسازی شرکت کنندگان؛ ۲) تأکید درمانگر بر نقش تکالیف خانگی؛ ۳) اطلاعات درباره ساختار درمان و توافقی بر سر آن؛ ۴) ضرورت آموزش روانی / فراگیری مهارت‌ها / جلوگیری ازعود بیماری / درمانگر خویش شدن؛ ۵) اجرای پیش‌آزمون
دوم	سنجش عوامل اثر گذار بر مشکلات رفتاری، هیجانی و شناختی مادر و نوجوان	تیپ شناسی / سنجش هراسها/ پرسشنامه باورهای هسته‌ای ترکیبی
سوم	مفهوم سازی مشکلات رفتاری	داده‌های مربوط به دوران کودکی (پیشینه سوء استفاده) / داده‌های رفتاری / تشخیص‌ها
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 واقعیت‌های ذهنی او / ارتباط بین تجارب گذشته، باورها و رفتارها از طریق مفهوم سازی جایگزین کردن رفتارهای ناکارآمد با رفتارهای سالم‌تر/ متوازن سازی باورها/ خود کنترلی هیجانی و رفتاری
پنجم	مفهوم سازی مشکلات هیجانی	تنفس متمرکز کوتاه / تمرین تنفس آگاهانه
ششم	درمان مشکلات عاطفی و هیجانی	استعاره دونات ژله‌ای / استعاره اتوبوس
هفتم	درمان مشکلات عاطفی و هیجانی طی فرایند پذیرش	تکنیک خود به عنوان فرایند / نظارت بدون قضاوت/ تکنیک توصیف تجربیات درونی / تکنیک توجه به احساسات و نامگذاری آنها
هشتم	درمان مشکلات عاطفی و هیجانی طی فرایند گسلش هیجانی	استعاره مهمان
نهم	درمان مشکلات شناختی طی فرایند گسلش شناختی	اعتباربخشی / تصریح / جهت دهی مجدد/ پیوستار و باورهای متوازن / تنفس ذهن آگاهانه
دهم	پایان درمان و ایجاد تعادل در افکار	

هیچ گونه درمانی دریافت ننمود. پس از پایان جلسات درمان، هر چهار گروه در مرحله پس آزمون و در مرحله پیگیری دو ماه بعد به پرسشنامه افسردگی و اضطراب مجدد پاسخ دادند. لازم به ذکر است که درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور، برای اولین بار برای این پژوهش مبتنی بر درمان معرفی شده توسط سوارت و آپشه (۲۰۱۴) [۱۷] در این پژوهش استفاده شد. برای اطمینان از تناسب بسته درمانی استفاده شده برای اولین بار، طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) تأثیر درمان غیرفعال ساز خانواده محور بر متغیر افسردگی و اضطراب بررسی و تأیید گردید. درمان شناختی-رفتاری در این مطالعه مبتنی بر بسته‌های درمانی دارای اعتبار قبلی (بارکلی، ۱۳۹۴) [۳۲] و درمان پذیرش و تعهد نیز مبتنی بر بسته درمانی (هیس و استروسال، ۲۰۱۰ [۱۹]) اجرا شد. در راستای برابری تعداد

جلسات درمان برای هر سه گروه، درمان طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات درمان غیرفعال ساز خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری، و درمان پذیرش و تعهد در سه جدول ۱ تا ۳ ارائه شده است.

در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش فرض کروییت از طریق آزمون ماکلی (ماچلی)، از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداقل ۰/۰۵ و حداکثر ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

جدول ۲- خلاصه محتوای درمان شناختی رفتاری

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 کافی با یکدیگر/ مبدل کردن نگرشهای مثبت به تشویق‌های اثربخش به جهت افزایش فرمانبرداری نوجوان
دوم	یادگیری شیوه‌ای جدید جهت مدیریت رفتار	استفاده از اصول مدیریت رفتاری در رابطه با تعاملات روزمره با نوجوان/ یادگیری ارائه فرامین اثربخش
سوم	قراردادها و سیستم‌های امتیازی	چگونه نوجوانان می‌توانند امتیاز به دست آورند؟/ اساس منطقی و اصول مربوط به مدیریت وابستگی را یاد بگیرید/ یک سیستم رسمی رابرت قرار کنید - یک قرارداد رفتاری یا یک سیستم امتیازی - که امتیازات را منوط به فرمانبرداری نوجوانان می‌کند.
چهارم	متناسب سازی تنبیه با تخطی	اضافه کردن تنبیه‌های مربوط به عدم فرمانبرداری و رفتارهای اجتماعی نامناسب/ استفاده مؤثر از زمینه سازی.
پنجم	مقایله با موضوعات اضافی مربوط به پاداش‌ها و تنبیه‌ها	هرگونه مشکل یا مسئله‌ای که تاکنون در رابطه با مدیریت وابستگی داشته‌اید را حل و فصل کنید/ شروع به استفاده از سیستم‌های مدیریت وابستگی برای کلیه مشکلات رفتاری و به ویژه آنهایی کنید که بیشترین نگرانی را در رابطه با آنها دارید.
ششم	برخورد با رفتارهای ایذایی در مدرسه و تعارضات برسر تکالیف	استفاده از یک سیستم گزارش مدرسه - خانه به منظور کاهش رفتارهای نافرمانی در کلاس درس/ برقراری یک قرارداد مؤثر در مورد تکالیف خانگی
هفتم	استفاده از مهارت‌های 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 می‌شود که باید حل شوند/ یک یا دو موضوع دارای اولویت با شدت کمتر را برای اجرای فرایند حل مسئله انتخاب کنید.
هشتم	یادگیری و تمرین کردن مهارت‌های ارتباطی	یادگیری اصول کلی مربوط به ارتباطات خوب/ تشخیص دهی سبک‌های 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 می‌توانید آنها را با موارد مفیدتر عوض کنید/ گنجاندن باورها و انتظارات منطقی تر، واقع بیانه و مثبت تر در روابط تان و حل مسئله تان با نوجوان.
دهم	جلوگیری از بازگشت و نگهداشت/ انجام پس آزمون	داستن این که چه هنگام از چه ابزار، مهارت یا راهبردی استفاده شود/ توافق نمودن درمورد یک طرح برای برطرف کردن بحران‌ها/ مرور کردن برآیند و ماحصل تلاشها/تثبات 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 کنترل، رفتارها و نیازهای والدین با استفاده از استعاره جزیره
دوم درماندگی خلاق	دریافت بازخورد از جلسه قبل و بررسی رفتارهای جزیره‌ای 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 پلی‌گراف/ 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 می‌شود، 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 مفهوم‌سازی شده (استعاره راننده اتوبوس)/ ارائه تکلیف
هفتم ارزشها	بررسی تکالیف جلسه قبل، استعاره دو کوه، شناسایی ارزش‌های مراجع/ ارائه تکلیف
هشتم ارزشها	بررسی تکالیف جلسه قبل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها/ ارائه تکلیف
نهم تعهد	بررسی تکالیف جلسه قبل و ایجاد تعهد برای عمل به اهداف/ ارائه تکلیف
دهم تعهد	مرور تکالیف و جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون

یافته‌ها

چهار گروه پژوهش از نظر سن، پایه تحصیلی و تحصیلات پدر و مادر از طریق آزمون کای اسکوار مورد مقایسه قرار گرفتند. نتیجه این تحلیل نشان داد که در متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد اشاره چهار گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۴).

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، در راستای بررسی پیش‌فرض‌های این نوع تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد در افسردگی و اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توزیع داده‌ها نرمال است ($p > 0.05$)، آزمون لوین نشان داد برابری واریانس خطا بین سه گروه پژوهش رعایت شده است ($p > 0.05$)، ولی پیش‌فرض کرویت از طریق آزمون ماکلی (ماچلی) رعایت این پیش‌فرض را مورد تأیید قرار نداد ($p < 0.05$). در این مورد نتایج مربوط به

جدول ۴- مقایسه فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	مقدار X ²	مقدار p	گروه			
			کنترل	ACT	CBT	FMDT
پایه تحصیلی	۲/۲۶	۰/۶۵	۱	۳	۳	۳
			۲	۳	۲	۲
			۶	۴	۵	۵
			۶	۵	۵	۵
گروه‌های سنی	۳/۰۳	۰/۴۴	۱	۲	۳	۳
			۲	۳	۴	۴
			۶	۵	۴	۴
			۶	۵	۴	۴
تحصیلات پدر	۲/۰۸	۰/۷۱	۱	۲	۳	۳
			۴	۳	۲	۲
تحصیلات مادر	۴/۱۵	۰/۲۹	۳	۲	۳	۴
			۱۰	۸	۹	۱۰
			۲	۵	۳	۱

ردیف گرین‌هاوس گیر گزارش شد. نتایج بررسی میانگین افسردگی و اضطراب نشان داد که در سه گروه درمان شامل گروه درمان غیرفعال‌ساز خانواده محور، گروه درمان شناختی-رفتاری، گروه درمان پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری کاهش محسوس‌تری وجود دارد (جدول ۵).

برای مقایسه چهار گروه پژوهش در افسردگی و اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان داد که برای افسردگی در عامل گروه ($F=11/11$ و $p < 0.01$)، در عامل آزمون ($F=249/89$ و $p < 0.01$) و در تعامل آزمون و گروه ($F=96/68$ و $p < 0.01$) تفاوت معناداری وجود دارد. تفاوت در عامل آزمون و تعامل آزمون با عضویت گروهی در افسردگی حاکی از آن است که حداقل بین یکی از سه درمان غیرفعال‌ساز خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل (گواه) تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۶). هم چنین نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان داد که برای اضطراب در عامل گروه ($F=23/97$ و $p < 0.01$)، در عامل

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار افسردگی و اضطراب در چهار گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر و مرحله	گروه			
	کنترل	ACT	CBT	FMDT
افسردگی				
پیش‌آزمون	۱۳/۷۲±۲۶/۱۸	۱۳/۶۵±۲۷/۵۴	۹/۱۵±۲۲/۴۱	۱۲/۴۴±۲۷/۳۳
پس‌آزمون	۱۴/۵۱±۲۴/۵۳	۹/۷۱±۱۲/۶۹	۱۱/۲۳±۱۴/۸۵	۳/۲۴±۱۰/۴۰
پیگیری	۱۳/۴۶±۲۶/۶۰	۸/۷۱±۱۲/۹۶	۱۰/۹۷±۱۴/۵۸	۲/۹۴±۹/۹۱
اضطراب				
پیش‌آزمون	۴/۸۵±۴۳/۱۳	۹/۷۸±۳۷/۹۳	۷/۹۸±۳۴/۰۷	۱/۹۴±۴۴/۹۳
پس‌آزمون	۵/۳۳±۴۲/۵۳	۱۰/۹۷±۳۴/۵۳	۸/۶۵±۳۱	۵/۱۳±۱۶/۲۷
پیگیری	۴/۷۰±۴۳	۱۰/۸۷±۳۴/۴۷	۸/۸۳±۳۰/۸۰	۴/۱۶±۱۱/۸۰

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای افسردگی و اضطراب

متغیر	انحر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار p	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
افسردگی								
عامل گروه (شامل سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل یا گواه)								
گروه	۹۳۱۰/۴۷	۳	۳۱۰۳/۴۹	۱۱/۱۱	-	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۹۹
خطا	۱۵۶۴۲/۸۴	۵۶	۲۷۹/۳۴	-	-	-	-	-
عامل آزمون (شامل سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تعامل آزمون و گروه-گرین‌هاوس-گیزر								
آزمون	۱۲۵۵۶/۴۱	۱/۲۴	۱۰۱۲۳/۳۴	۲۴۹/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
تعامل آزمون و گروه	۱۲۳۴۹/۷۷	۳/۷۲	۳۳۱۸/۹۱	۹۶/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
خطا	۲۳۸۴/۴۹	۶۹/۴۶	۳۴/۳۳	-	-	-	-	-
عامل گروه (شامل سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل یا گواه)								
گروه	۸۳۹۱/۳۹	۳	۲۷۹۷/۱۳	۲۳/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
خطا	۶۵۳۵/۳۳	۵۶	۱۱۶/۷۰	-	-	-	-	-
عامل آزمون (شامل سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تعامل آزمون و گروه-گرین‌هاوس-گیزر								
آزمون	۵۷۶۲/۱۸	۱/۱۲	۵۱۵۵/۳۲	۱۱۲/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
تعامل آزمون و گروه	۵۸۴۳/۶۹	۳/۳۵	۱۷۴۲/۷۵	۳۷/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
خطا	۲۸۷۶/۱۳	۶۲/۵۹	۴۵/۹۵	-	-	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری اجرا و نتایج نشان داد که درمان غیرفعال‌سازی خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و اضطراب این نوجوانان دارای اثربخشی معنادار است و در عین حال درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری دارای تفاوت معنادار است. نتایج این پژوهش با مطالعات وندسلویس و همکاران [۲۵]، وود و همکاران [۲۶]، خانه کشی [۲۷] و اسماعیلی و همکاران [۲۸] مبنی بر تأثیر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر خانواده بر کاهش افسردگی و اضطراب نوجوانان همسو است. همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج مجموعه مطالعات سوارت و آپشه [۲۴-۲۱] مبنی بر تأثیر درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور بر نوجوانان دارای مشکلات رفتاری و آسیب‌های پیچیده مؤثرتر از درمان‌های متداول است، در تضاد است. رویکرد درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور موجی نوین از درمان‌های شناختی-رفتاری است و نسل‌های پیشین درمان‌های شناختی-رفتاری را به این امید که به دانش و بازده بهتری دست یابد، در یکدیگر ادغام و از نو

آزمون ($F=112/19$ و $p<0/01$) و در تعامل آزمون و گروه ($F=37/93$ و $p<0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد. تفاوت در عامل آزمون و تعامل آزمون با عضویت گروهی در اضطراب حاکی از آن است که حداقل بین یکی از سه درمان غیرفعال‌ساز خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل (گواه) تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۶). برای تعیین تفاوت جفتی گروه‌های سه گانه پژوهش، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که در افسردگی و اضطراب، درمان غیرفعال‌سازی خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند ($p<0/01$). هم چنین نتایج نشان داد بین سه درمان با یکدیگر در افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>0/05$)، ولی در اضطراب بین درمان فعال‌سازی خانواده محور با درمان شناختی-رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد ($p<0/01$) (جدول ۷).

جدول ۷- نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در افسردگی و اضطراب

متغیر	گروه مینا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌های تعدیل شده	خطای استاندارد	مقدار p
افسردگی	کنترل	ACT	۱۱/۲۳	۳/۵۲	۰/۰۰۱
	کنترل	CBT	۹/۸۸	۳/۵۲	۰/۰۰۱
	کنترل	FMDT	۱۳/۴۴	۳/۵۲	۰/۰۰۱
	ACT	CBT	۱/۳۲	۳/۵۲	۱
	ACT	FMDT	۱/۹۵	۳/۵۲	۱
	CBT	FMDT	۳/۶۲	۳/۵۲	۱
اضطراب	کنترل	ACT	۱۳/۹۱	۲/۲۸	۰/۰۰۱
	کنترل	CBT	۱۰/۹۳	۲/۲۸	۰/۰۰۱
	کنترل	FMDT	۱۸/۵۷	۲/۲۸	۰/۰۰۱
	ACT	CBT	-۲/۹۸	۲/۲۸	۱
	ACT	FMDT	۴/۶۴	۲/۲۸	۰/۲۸
	CBT	FMDT	۷/۶۲	۲/۲۸	۰/۰۰۹

صورتبندی کرده است، پس نباید آن را در تضاد مستقیم با سایر رویکردها از جمله درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد دانست. اختلالات افسردگی و اضطراب در بین نوجوانان شایع و مختل کننده بوده و می توانند برای نوجوان و اطرافیان وی بسیار مخرب باشند. این اختلالات موجب تضعیف شدن پیوند نوجوان با خانواده و اجتماع شده و در نتیجه موجب کم رنگ شدن احساس تعلق داشتن وی می شوند. بنابراین، مداخلاتی که از قوی ترین شواهد مؤید برخوردارند، همان هایی هستند که بر مشارکت و درگیری خانواده در فرایند درمان اختلالات خلقی و اضطرابی و موضوعات مرتبط با آنها در نوجوانان تأکید بسیار دارند. درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور یکی از این رویکردها است که در زمینه درمان اختلالات دشوار خلقی و اضطرابی اثربخش نشان داده شده است. بر طبق این درمان بسیاری از افکار و احساسات به طور خودکار از تعبیر و تفسیرهای به عمل آمده در مورد موقعیت ها ناشی می شوند تا خود آن موقعیت ها. از طرف دیگر مطابق رویکرد درمانی غیرفعال سازی حالت خانواده محور، پیوندهایی نیز بین باورهای هسته ای و ریشه دار وجود دارد که بر اساس تجارب واقعی در گذشته بنا نهاده شده اند. درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور به دنبال اصلاح کردن افکار از طریق بحث و منازعه در مورد آنها نیست بلکه به دنبال یافتن بذره های حقیقت در باورها و رفتارهای نوجوان و به رسمیت شناختن آنها به منظور متوازن کردن افکار و ایجاد بینش های جایگزین کارکردی است. از این رو، در فرایند تنظیم شناختی مجدد، افکار منفی خودکار به خودی خود مورد بحث و منازعه قرار نمی گیرند، بلکه مراجع تشویق به پرورش دادن آگاهی این درک می شود که آنها از یک معنا و ارزش کمتر برخوردارند و این که اهداف زندگی آنها به شکل غیرضروری در نتیجه آنها دست نیافتنی می شوند و این که باورهای جایگزین کارکردی وجود دارد که اکتشاف آنها می تواند ارزشمند باشد. این مطلب صحیح است که در طی بروز برآشفته گی ها، مغز به گونه ای طراحی شده است که بتواند توجه فرد را بر تهدیدها و مشکلات بالقوه متمرکز سازد در حالی

که غالباً موجب حذف یا نادیده انگاشته شدن شواهدی می شود که به حمایت یا شرح دادن ادراکات صورت گرفته می شود. این خطاهای فکری غالباً به افسردگی، اضطراب، نگرانی و درماندگی می انجامد که خود را در قالب رفتارهای اجتنابی عیان می سازد [۱۷]. تکنیک های درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور به مراجع برای آگاه شدن، شناسایی و ارزیابی افکار غیرمفید کمک می کند. با کمک این تکنیک ها، اتحاد درمانی ارتقاء داده می شود، پذیرش افزایش داده می شود و درمانگر قادر به جهت دهی مؤثر درمان می شود. از این رو درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور معتقد است که افکار منفی خودآیند می توانند صحیح باشند و بازهم موجب بروز برآشفته گی شوند. در نتیجه به جای دست به گریبان شدن با این افکار و تلاش برای تغییر دادن آنها، مراجع از آگاهی برای کاهش دادن اثرات قوی آنها استفاده کرده و در نتیجه از توان و امکان گزینه های مثبت تر برخوردار می شود. درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور به شکل منظم از پذیرش به سمت تغییر، به عنوان یک برآیند هدف متوالی، به پیش می رود. بنابراین، به جای تمرکز کردن صرف بر دستیابی به یک تغییر رفتاری، تنظیم مجدد شناختی و هیجانی فرایند محور بوده به شناسایی باورهای مشکل زا، ریشه های آنها و نحوه ارتباطشان با بافت، افکار، احساسات و رفتارها و سپس پذیرش و جهت دهی آنها بر می آید. درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور نشان داد در خانواده هایی که در آن یک سطح بالا از ادراک از اتحاد و باورهای مشترک وجود دارد، رفتارها بهتر تنظیم می شوند و کارکردی ترند تا خانواده هایی که در آنها این گونه ادراکات پایین است. در یک چنین خانواده هایی، اعضاء خانواده نوعاً در رفتارهای مضر که به نوبه خود موجب بدتر شدن برآشفته گی و تعارضات خانواده می شود درگیر نشده و به این ترتیب رفتارهای منفی نوجوان خود را به عنوان رفتارهای غیر قابل تغییر و رفتارهای مثبت یکدیگر را رفتارهای موقت و گذرا نمی بینند بلکه تلاش می نمایند تا با ژرف نگری بیشتر در بطن شناخت ها، ناکارآمدی و برآشفته گی شناختی، رفتاری و عاطفی و به تبع آن

اضطراب نوجوان خود را کاهش دهند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش درمان شناختی - رفتاری به مادران نوجوانان توانسته است باعث کاهش افسردگی و اضطراب در نوجوانان شود. اعتقاد بر این است که در رویکرد درمانی شناختی-رفتاری شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها با یکدیگر در تعامل هستند؛ لذا تغییر شناخت موجب تغییر هیجان و رفتار و تغییر هیجان و رفتار موجب تغییر شناخت و افکار می‌شود و تعامل این سه حوزه روابط مادر و نوجوان و به تبع آن اعضای خانواده را تنظیم می‌کند. در این رویکرد بر این موضوع تأکید می‌شود که اعضای خانواده به طور همزمان بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و از هم تأثیر می‌پذیرند؛ رفتار یک عضو خانواده، رفتارها، شناخت‌ها و هیجان‌های دیگر اعضای خانواده را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد که این موجب ایجاد رفتارها، هیجان‌ها و شناخت‌های واکنشی جدیدی در خود فرد می‌شود [۳۳]. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که در رویکرد درمانی شناختی - رفتاری سعی بر این است که با به چالش کشیدن و اصلاح اندیشه‌ها و افکار، قواعد ذهنی، ادراکات و با خودگویی‌هایی که مولد تعارض و الگوهای مراوده‌ای بدکارکرد در بین مادر و نوجوان است؛ تغییرات درمانی لازم در خانواده ایجاد شود [۳۴]. با توجه به پژوهش‌های ذکر شده، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بارها مورد تأیید قرار گرفته است که می‌توان علت آن را در محتوا و برنامه این رویکرد جستجو کرد. درمان شناختی - رفتاری رویکردی است که به مراجعان کمک می‌کند تا مهارت‌های مقابله‌ای‌شان را در برخورد با پریشانی هیجانی افزایش دهند. به کمک این درمان، فرد با تغییر در رفتار، احساس و نگرش‌های خود، می‌تواند سیستم باورهای غیرمنطقی و رفتارهای غیر انطباقی خود را با واقع‌گرایی، احساس کارآمدی و افزایش فعالیت جایگزین کند. درمان شناختی رفتاری رویکردی کوتاه مدت و معطوف به حال است که شایستگی‌های رفتاری و شناختی که نوجوان برای عملکرد سازگارانه در دنیای درون فردی و بین فردی نیاز دارد را آموزش می‌دهد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش درمان مبتنی

بر پذیرش و تعهد به مادران نوجوانان توانسته است باعث کاهش افسردگی و اضطراب در نوجوانان شود. در اختلال افسردگی و اضطراب فرد در افکار و احساسات منفی و نگران کننده خود اسیر می‌گردد و در تلاش جهت اجتناب و یا کنترل آنها است. زیرا فرض وی بر این است که رفتار تنها هنگامی قابل تغییر است که قبل از آن افکار و احساسات تغییر کرده باشند [۱۹]. بر طبق مدل آسیب شناسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افرادی که احساس افسردگی و اضطراب می‌کنند، سعی دارند که اندوه و حالت نگرانی خود را منفعلانه از طریق گوشه گیری کاهش دهند. یکی از راهبردهای اجتنابی که افراد افسرده و مضطرب برای اجتناب از تجارب درونی به کار می‌برند، نشخوار فکری است که این راهبرد نوعی شیوه پر مخاطره برای ابتلا به افسردگی و اضطراب قلمداد می‌شود [۳۵]. این گونه الگوهای اجتنابی در رفتار می‌تواند موانع حرکت فرد به سوی اهداف ارزشمند شده و وی را در موقعیت‌های خطرناک قرار دهد. اجتناب و تلاش جهت حذف تجارب منفی ممکن است در کوتاه مدت باعث تسکین فرد شود ولی به احتمال زیاد آن تجارب منفی با شدت بیشتری بروز پیدا می‌کند [۲۰]. این فرمول بندی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تا حدودی دگرگون می‌شود؛ وقتی رفتار تغییر کند، افکار و احساسات نیز ممکن است تغییر کنند. در واقع نکته اصلی تغییر رفتار است و این تغییر باید به نحوی باشد که فرد در یک مسیر ارزشمند گام بردارد، با وجود افکار منفی و نگران کننده به سمت ارزش‌های خود حرکت کند و در برخورد با مشکلات مایوس نگردد. راهبردهای ارایه شده به مادران نوجوانان کمک کرد تا به جای هم آمیزی شناختی با افکار منفی و تلاش جهت تغییر آنها، خزانه رفتاری خود را در جهت ارزش‌های شخصی گسترش دهند. هم چنین تمرینات مرتبط با تصریح ارزش‌ها و اولویت بندی آنها به مادران نوجوانان افسرده و مضطرب کمک کرد که اهداف رفتاری مشخص و موانع آنها را در راستای ارزش‌های انتخاب شده خویش تعریف کند و تکالیف تلاش جهت دست یافتن به اهداف مذکور را در زندگی روزمره انجام

دهد، بدین ترتیب حالات افسردگی و اضطراب نوجوان تقلیل یافتند. این تکنیک‌ها به نوجوان افسرده و مضطرب کمک کرد تا هیجانات ناخوشایند او به تدریج به احساسات نسبتاً گذرای تبدیل شوند که تابع اوضاع و احوال کنونی‌اند و حقایق تخطی ناپذیر شخصیت او نیستند. مؤلفه دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تماس پایدار با لحظه لحظه‌های زندگی است که برای مادر و نوجوان این امکان را فراهم نمود تا در زمان‌هایی که افکار منفی به هنگام پریشانی، فرد را با خود به حاشیه می‌برند بازگشت پیوسته به زمان حال را حفظ کند و در کنار سایر تکنیک‌های مذکور انعطاف‌پذیری روانشناختی را بالا ببرد و افسردگی و اضطراب را بهبود بخشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد هر سه نسبت به گروه کنترل (گواه) بر کاهش افسردگی و اضطراب و هم‌چنین درمان فعال‌سازی خانواده محور نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب دارای اثربخشی معنادار هستند. این شواهد از اعتبار درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور به عنوان درمانی نوین‌تر نسبت به دو درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد برای کمک به نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری و خانواده‌های آنها حمایت می‌کند. به دلیل این که نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری و خانواده‌های آنها در بسیاری از مواقع به دلیل عدم تجربه و مهارت لازم و کافی، قادر به مواجهه و مقابله مؤثر و کارآمد با مشکلات رفتاری نیستند، توصیه می‌شود تا این نوجوانان و خانواده‌های آنها از طریق مجاری مختلف از جمله از طریق مشاوران مدارس به مراکز درمان روان‌شناختی برای

گذراندن دوره درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد معرفی شوند. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود تا درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور از طریق مراکز درمانی برای درمانگران نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری آموزش داده شود تا این درمانگران هر چه بیشتر بتوانند برای نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری و خانواده‌های آنها مؤثر واقع شوند.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر پژوهش بر روی مادران نوجوانان دختر ۱۴ - ۱۸ ساله بوده، بنابراین در تعمیم نتایج به مادران و نوجوانان دختر مقاطع سنی دیگر و هم‌چنین نوجوانان پسر باید احتیاط شود.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از کلیه نوجوانان و خانواده‌های آنها و هم‌چنین کلیه مراکزی که با همکاری خود اجرای این پژوهش را امکان‌پذیر نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمائیم. امید است که این عزیزان در همه مراحل زندگی خود سربلند و موفق باشند. این مطالعه در دانشگاه آزاد اسلامی - واحد اصفهان (خوراسگان) با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1397.231 در تاریخ ۱۳۹۷/۱۰/۲۶ به تصویب رسیده است.

تعارض در منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچگونه تضاد منافی نداشته است.

References

1. Benarous X, Hassler C, Falissard B, Consoli A, Cohen D. Do girls with depressive symptoms exhibit more physical aggression than boys? A cross sectional study in a national adolescent sample. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2015;9(41):1-8.
2. Matejevic M, Jovanovic D, Ilic M. Patterns of family functioning and parenting style of adolescents with depressive reactions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015;185:234-239.
3. Sun X-j, Niu G-f, You Z-q, Zhou Z-k, Tang Y. Gender, negative life events and coping on different stages of depression severity: A cross-sectional study among Chinese university students. *Journal of affective disorders*. 2017;209:177-181.
4. Berk LE. *Development through the lifespan*. 4th ed. Boston, Ma: Allyn & Bacon; 2007.

5. Kessler RC, Avenevoli S, Merikangas KR. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological psychiatry*. 2001;49(12):1002-1014.
6. Cartwright-Hatton S. Anxiety of childhood and adolescence: Challenges and opportunities. Elsevier; 2006.
7. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*. 2003;60(8):837-844.
8. Compton SN, Walkup JT, Albano AM, Piacentini JC, Birmaher B, Sherrill JT, et al. Child/adolescent anxiety multimodal study (CAMS): Rationale, design, and methods. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2010;4(1):1-15.
9. Zablotsky B, Bradshaw CP, Stuart EA. The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*. 2013;43(6):1380-1393.
10. Barlow J, Smailagic N, Ferriter M, Bennett C, Jones H. Group based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(3):1-84.
11. Merikangas KR, He J-p, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;49(10):980-989.
12. Connolly SD, Bernstein GA. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(2):267-283.
13. Katzman DK, Peebles R, Sawyer SM, Lock J, Le Grange D. The role of the pediatrician in family-based treatment for adolescent eating disorders: opportunities and challenges. *Journal of Adolescent Health*. 2013;53(4):433-440.
14. Stark KD, Banneyer KN, Wang LA, Arora P. Child and adolescent depression in the family. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. 2012;1(3):161-184.
15. Apsche JA, Bass CK, Backlund B. Mediation analysis of Mode Deactivation Therapy,(MDT). *The Behavior Analyst Today*. 2012;13(2):2-10.
16. Apsche JA, Ward SR, Evile MM. Mode deactivation: A functionally based treatment, theoretical constructs. *The behavior analyst today*. 2003;3(4):455-459.
17. Swart J, Apsche J. 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.
18. Ellis A. Cognitive restructuring of the disputing of irrational beliefs. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. 2003:79-83.
19. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. American Psychological Association Washington, DC;; 2009.
20. Hayes SC, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Theories of psychotherapy. The American Psychological Association, Washington DC. 2012.
21. Swart J, Apsche J. A comparative study of mode deactivation therapy (MDT) as an effective treatment of adolescents with suicidal and non-suicidal self-injury behaviors. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2014;9(3):47-52.
22. Swart J, Apsche J. Family mode deactivation therapy (FMDT) as a contextual treatment. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2014;9(1):30-37.
23. Swart J, Apsche J. Family mode deactivation therapy (FMDT) mediation analysis. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2014;9(1):1-13.
24. Swart J, Apsche J. 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*. 2014;9(2):9-14.
25. van der Sluis CM, van der Bruggen CO, Brechman-Toussaint ML, Thissen MA, Bögels SM. Parent-directed cognitive behavioral therapy for young anxious children: A pilot study. *Behavior therapy*. 2012;43(3):583-592.
26. Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M, Chu BC, Sigman M. Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45(3):314-321.
27. Khanekeshi A. The relationship between social capital with citizenship behavior and organizational entrepreneurship in higher Islamic Azad Universities of Mazandaran. *Quarterly Journal of Educational Psychology*. 2017;8(1):37-47. [Persian]
28. Esmaeili L, Amiri S, Abedi MR, Molavi H. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy Focused on Self -Compassion on Social Anxiety of Adolescent Girls. *Quarterly Journal of Clinical Psychology*. 2018;8(30):117-138. [Persian]
29. Logan DE, Claar RL, Guite JW, Kashikar-Zuck S, Lynch-Jordan A, Palermo TM, et al. Factor structure of the children's depression inventory in a multisite sample of children and adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*. 2013;14(7):689-698.
30. Dehshiri G, Najafi M, Shikhi M, Habibi Askarabd M. Investigating primary psychometric properties of children's depression inventory (CDI). *Journal of Family Research*. 2009;5(2):159-177. [Persian]
31. Ganji H. Personality assessment. Savalan Publishing 2001. [Persian]
32. Barkley RA, Robin AL, Benton CM. Your defiant teen: ten steps to resolve conflict and rebuild your relationship. *School Social Work Journal*. 2009;34(1):103-104.
33. Kim Y. Family therapy theories: Concepts and methods. Seoul: Hakjisa. 2000.
34. Zahrakar K, Jafari F. Family counseling (concepts, history, process and theories). Tehran: Arasbaran Publication 2016. [Persian]
35. Garland E, Gaylord S, Park J. The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore*. 2009;5(1):37-44.

The effectiveness of family mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance-commitment therapy on depression and anxiety of adolescent girls with behavioral problems

Sara Javadi¹, *Mohsen Golparvar², Rasieh Izadi³

Abstract

Background: Depression and anxiety are variables that undermine adolescents' mental health. The aim of this study was to determine the effectiveness of family mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance-commitment therapy on depression and anxiety of adolescent girls.

Materials and methods: The research method was quasi-experimental, and the research design was four groups in three stages: pre-test, post-test, and two-month follow-up. Among mothers of 120 adolescent girls aged 14-18 years, in Isfahan in the summer of 2019, the mothers of 60 adolescent were assigned to three experimental groups and one control group (each group with 15 adolescents) based on inclusion and exclusion criteria. Kovas depression inventory and the Cattle anxiety questionnaire were used. Family mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance-commitment therapy groups received therapy in 10 sessions. The data were analyzed by repeated measure analysis of variance and post-hoc Bonferroni test.

Results: The results showed that in depression and anxiety, there was a significant difference between family mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance-commitment therapy compared with the control group ($p < 0.01$). There was also no significant difference between the three treatments in depression, but there was a significant difference in anxiety between family mode deactivation therapy and cognitive behavioral therapy ($p < 0.01$).

Conclusion: This study showed that family mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance-commitment therapy were among the therapies that can treat depression and anxiety in adolescent girls.

Keyword: Family Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Depression, Anxiety, Adolescents

1. PhD student in psychology, Department of psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

2. Associate professor, Department of psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran (*Corresponding author) drmgolparvar@hotmail.com

3. Assistant professor, Safahan Nonprofit Higher Education Institute, Isfahan, Iran