

خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری نوجوان دارای پدر مبتلا به سوء مصرف مواد: مطالعه موردی

دکتر پریسasadات سید موسوی^۱

استادیار پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی

ایرج مختارنیا^۲

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی خانواده درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی

فاطمه کلانتری

دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه شهید بهشتی

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری نوجوان دارای پدر مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شده است. روش پژوهش حاضر در چارچوب طرح آزمایشی تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه منفرد اجرا شد. آزمودنی یک نوجوان پسر ۱۳ ساله، دانش‌آموز کلاس هشتم و تنها فرزند خانواده بود و پدر مبتلا به سوء مصرف مواد بود، بنابراین مداخله خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری در ۱۳ جلسه و هر هفته در

^۱ p_mousavi@sbu.ac.ir.

^۲ mokhtarnia66@gmail.com.

یک جلسه برای آزمودنی و خانواده‌اش برگزار شد. به‌منظور ارزیابی مشکلات رفتاری، علاوه بر مصاحبه بالینی از نوجوان و گزارش‌های معلمان و معاونین آموزشگاه، از آزمون خود گزارش دهی (YSR) مبتنی بر نظام سنجش آخنباخ (ASEBA) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از نمودار خط پایه، درمان و پیگیری استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که رویکرد درمانی مورد نظر توانسته است تغییرات معنادار و قابل‌توجهی در مشکلات درونی سازی و برونی‌سازی آزمودنی ایجاد کرده و نمودار خط پایه نشان داد که مشکلات درونی سازی و برونی‌سازی بعد از فرآیند درمان در آزمودنی کاهش‌یافته است. اثربخشی مداخله نشان داد طرح‌های درمانی مبتنی بر خانواده در بهبود مشکلات رفتاری نوجوانان در معرض خطر تأثیر داشته و رویکرد خانواده‌درمانی مبتنی بر فنون شناختی رفتاری به عنوان یک طرح درمانی کارآمد می‌تواند برای کمک به خانواده‌های مبتلا به سوء‌مصرف مواد دارای نوجوان به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: مشکلات رفتاری، خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری، سوء‌مصرف مواد

Family therapy based on cognitive-behavioral approach in reducing adolescent behavior problems has fathers with substance abuse : “Case Study”

parisa Seyed-Mousavi¹

Assistant professor, Shahid Beheshti University

Iraj Mokhtarnia²

M.A in family therapy of psychology, Shahid Beheshti University.

Fatemeh kalantari

M.A in school counseling, Shahid Beheshti University

Abstract:

The study was done in order to determine the effectiveness of cognitive-behavioral approach based on Family therapy in reducing behavioral problems in adolescents who have fathers with substance abuse. The method of research of this study was implemented within experimental single subject design by using single base lines. The subject was a 13 year-old boy who was at 8th grade and was the only child in his family and the father of the family had substance abuse. So the family therapy based on cognitive-behavioral approach was held in 13 sessions (the sessions was held weekly). In order to assess behavioral problems, in addition to the clinical interview and reports of teachers and assistants of school, the test of self-report (YSR) based on Akhenbakh system (ASEBA) were used. For analyzing the data, base line diagram treatment and follow-up were used. The results of the study showed that this therapeutic approach can create meaningful and noticeable changes in internalization and externalization problems of subject and the diagram shows that internal and external problems are discounted after treatment process. Effectiveness of the intervention showed the efficacy of family-based treatment plans on the treatment of behavioral problems in adolescents who are at risk and family therapy approach which is based on cognitive- behavioral techniques is an effective treatment plan that can help families which have adolescents and suffer from substance abuse.

Key words: behavior problems, family therapy based on cognitive-behavioral approach, substance abuse.

مقدمه

خانواده اولین بافتی است که فرزندان در آن فکر، احساس و رفتار می‌کنند، یاد می‌گیرند و رشد می‌یابند. رویکرد سیستمی، خانواده را به‌عنوان سیستمی با تعاملات مداوم بین زیرسیستم‌های فردی و در همان حال به‌عنوان یک زیرمجموعه در محیط خود مدنظر قرار می‌دهد. خانواده بخشی از یک نظام اجتماعی بزرگ‌تر است؛ از این رو، فرزندان توسط خانواده‌هایشان و خانواده توسط نظام اجتماعی بزرگ‌تری که در آن قرار گرفته است (نیکولز^۱، ۱۹۹۸)، تحت تأثیر واقع می‌شوند. براساس نظریه سیستم‌ها، وقتی یک عضو خانواده وابسته به مواد می‌شود این عامل مرکز ثقل کارکرد نظام خانواده می‌شود (سانتیبان^۲، ۲۰۰۳). از لحاظ ساختاری مصرف مواد و اعتیاد توسط یک عضو می‌تواند به‌صورت یک نگه‌دارنده در سیستم خانواده عمل کرده و در آن توازن ایجاد کند و روابط بین والدین را استحکام بخشد، گاهی نیز اعتیاد یک عضو خانواده تنها علامتی آشکار از مشکلات عمیق‌تر خانواده است. زمانی که خانواده به شیوه سازگارانه عمل می‌کند، می‌تواند نقش حمایتی و تسهیل‌گر را ایفا کند اما زمانی که کارکرد آن ناکارآمد است به شیوه ناسازگارانه عمل می‌کند و نمی‌تواند از اعضای خود به‌ویژه فرزندان در برابر شرایط محیطی فشارزا حمایت کند. «کارکرد مختل خانواده» می‌تواند عامل خطری در شروع سوءمصرف مواد فرزندان شود (سانتیبان، ۱۹۹۷). خانواده‌هایی که تحت تأثیر مواد مخدر هستند سطوح بالایی از تعارض را در تعاملات خانواده تجربه می‌کنند بنابراین سوءمصرف مواد یکی از عوامل آشفتگی خانواده بشمار می‌رود (بولتن^۳، ۱۹۸۶). مشخصه خانواده‌های پرخطر شامل وجود تعارض، خشونت و روابط سرد، غیر حمایتی و طردکننده است. این خانواده‌ها زمینه را برای ابتلا فرزندان به اختلالات روانی- اجتماعی از جمله سوءمصرف مواد فراهم می‌کنند (رپتی^۴، ۲۰۰۲). تحقیقات نشان داده است که مصرف مواد توسط والدین، کم

¹. Nichols

². Santisteban

³. Bolton

⁴. Repetti

یا بیش‌ازاندازه درگیر شدن والدین در امور فرزندان، کیفیت ضعیف رابطه والدین-فرزندان، فقدان قوانین مشخص و روشن، فقدان هماهنگی والدین در به‌کارگیری قوانین، عدم کنترل فرزندان و نظارت ضعیف والدین بر فعالیت‌های فرزندان می‌تواند عامل خطری در ایجاد مشکلات رفتاری و سوء‌مصرف مواد در فرزندان گردد (بوستانی پور و صدرجهانی؛ عاشوری و شیرین زاده؛ خداجودی، ۱۳۸۷). در این خانواده‌ها والدین از فرزندان خود رضایت کمتری دارند و سبک زندگی انزوطلبانه‌ای برای خود و فرزندان‌شان ایجاد می‌کنند و خشم و تعارض را در خانواده تجربه می‌کنند (آستین^۱، ۲۰۰۵). از طرفی متخصصان روان‌شناسی معتقدند که سوء‌مصرف والدین عاملی در بدرفتاری فرزندان‌شان است. در خانواده‌های آسیب‌دیده از اعتیاد، افراد با انواع مشکلات عاطفی-روانی و اختلال‌های رفتاری روبرو می‌شوند. بیماری اعتیاد، اعضای خانواده فرد معتاد را تحت فشارهای عصبی غیرعادی قرار می‌دهد و باعث بروز رفتارهای پرخاشگری در فرزندان می‌شود (ماسون^۲، ۲۰۰۹). هنگامی که اعضای خانواده فرد معتاد با چالش‌های بی‌پایان بیماری اعتیاد روبرو می‌شوند، معمولاً احساس درماندگی، ناامیدی و خشم به آن‌ها دست می‌دهد. خشم و عصبانیت از اینکه چرا چنین بلایی بر سر عزیزشان آمده است و سرخوردگی و ناامیدی به این دلیل که هر چه تلاش می‌کنند، فرد معتاد خانواده واقعیت، شرایط و وضعیت خود را درک نکرده و تلاشی برای بهبودی خود نمی‌کند. اعضای خانواده از رفتارهای نادرست و گاهی شرم‌آور فرد معتاد و خسارات و آسیب‌های فراوانی که به خانواده می‌رساند دچار خشم و ناراحتی شده و از اینکه نمی‌توانند برای این مشکلات راه‌حلی پیدا کنند، از مکانیزم‌های دفاعی ناکارآمدی استفاده می‌کنند این کار به نوبه خود باعث افزایش تنش در خانواده می‌شود (بهرامی، ۱۳۹۰). با توجه به این‌که بیشترین اختلاف‌های والدین و فرزندان در دوره نوجوانی فرزند پیش می‌آید ورود به نوجوانی علاوه بر خانواده، فرد را با مشکلات فراوانی مواجه می‌کند، سبک اعمال قدرت کنترل همه‌جانبه، عدم

1. Austin

2. Mason

اهمیت به نوجوان در خانواده، در دسترس نبودن والدین، انتظارات غیرواقعی، عدم وجود قوانین واضح، وضع قوانین در هر لحظه باعث تعارض وی با والدینش می‌شود (اکبری، ۱۳۸۱). در الگوی پردازش اطلاعات شناختی- اجتماعی، مشکلات رفتاری به‌منزله نوعی شیوه رؤیایی با مشکلات اجتماعی روزمره است و از سوی دیگر نقص در رمزگردانی، تفسیر موقعیت‌ها، اهداف انتخاب شده، تولید راهبردها و ارزیابی پاسخها است که این عوامل می‌تواند به بروز مشکلات رفتاری بیانجامد (دوبسان^۱، ۲۰۰۹). رویکرد شناختی درمانی در درمان مشکلات رفتاری معمولاً بر تجارب کنونی فرد تمرکز دارد و هدف درمان شناختی رفتاری، مستقیماً کاهش نشانه‌های مشکلات رفتاری است (بک^۲، ۲۰۱۱)، با توجه به اینکه افرادی که بر اساس رویکردهای درمانی فردی به‌طور موفقیت‌آمیزی درمان می‌شوند به‌محض بازگشت به خانواده مشکل‌دار نشانه‌های بیماری را نشان می‌دهند بنابراین راهبردهای خانواده‌درمانی می‌تواند احتمال افزایش بهبودی فرد و همچنین احتمال ابتلای سایر مشکلات بالینی دیگر اعضای خانواده را کاهش دهد، به این دلیل توجه به درمان‌های مبتنی بر خانواده از اهمیت خاصی برخوردار است (کار^۳، ۲۰۱۲)؛ از سویی پذیرش روزافزون روش‌های شناختی- رفتاری به‌وسیله خانواده درمانگران باعث شد توجه و استفاده خانواده درمانگران از فنون شناختی درمانی در سیستم خانواده توسعه پیدا کند، بنابراین با توجه به اهمیت درمان مشکلات رفتاری نوجوانان در خانواده‌های دارای عضو معتاد و همچنین درمان سیستمی خانواده برای حل بحران‌ها و مشکلات و نیز با در نظر گرفتن درمان‌های شناختی- رفتاری، هدف از پژوهش حاضر درمان مشکلات رفتاری یک نوجوان پسر دارای پدرمعتاد با رویکرد خانواده‌درمانی مبتنی بر فنون شناختی درمانی است.

بررسی پیشینه پژوهش

تحقیقات نشان داده‌اند آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری بر مدیریت خشم بر سازگاری اجتماعی و پرخاشگری دانش آموزان مؤثر بوده است (درتاج، ۲۰۱۰؛

1. Dobson

2. Beck

3. Carr

شیرودی، ۲۰۱۱). همچنین درمان‌های شناختی رفتاری (مدیریت خشم، حل مسئله) در کاهش خشم، افسردگی و افزایش عزت‌نفس گروه آزمایش تأثیر بالایی داشته است (باردبوری و تیلی، ۲۰۰۹). محمد خدایاری فرد (۱۳۸۴) در پژوهش خود با عنوان "خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری در اختلال افسردگی نوجوان" نشان داد که چگونه از فنون شناختی-رفتاری در سیستم خانواده استفاده کرد و باعث کاهش افسردگی نوجوان و بهبود عملکرد خانواده‌اش شد. صداقت (۱۳۹۳) نیز در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی آموزش گروهی شناختی-رفتاری بر پرخاشگری دانش آموزان دختر پرخاشگر" ضمن طراحی برنامه آموزشی نشان داد که مداخله با رویکرد شناختی رفتاری در کاهش پرخاشگری دختران دانش‌آموز نقش داشت. فریستد و همکارانش (۱۹۹۸) آموزش خانواده را بر بهبود اختلالات خلقی بررسی کردند. در این پژوهش خانواده و مراجعان در زمینه شناخت اختلالات خلقی، عوامل واسطه‌ای مؤثر بر آن‌ها آموزش دیدند و در پایان جلسه‌های آموزشی مراجعان بهبود نشانه‌های بالینی و اعضای خانواده، ایجاد تغییرات مثبت در تعامل‌های بین فردی را گزارش کردند.

باتوجه به نتایج پژوهش‌های انجام‌شده، به نظر می‌رسد خانواده‌درمانی با تأکید بر روش‌های شناختی-رفتاری بر درمان مشکلات رفتاری مؤثر باشد. از آنجاکه هیچ‌گونه پژوهشی در جامعه ما با استفاده از این روش انجام‌نشده است، در پژوهش حاضر یک آزمودنی با استفاده از روش ترکیبی فنون شناختی-رفتاری با تأکید بر خانواده تحت درمان قرار گرفت.

روش پژوهش

طرح پژوهی: پژوهش حاضر در چارچوب طرح آزمایشی تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه منفرد اجرا شد. متغیر مستقل در این پژوهش روش درمانی خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری و متغیر وابسته، مشکلات رفتاری نوجوان بود. اثربخشی مداخله براساس مقایسه روند کاهش مشکلات رفتاری آزمودنی در متغیر وابسته در مراحل خط پایه از درمان و تداوم پاسخ‌ها در مرحله پیگیری مورد

ارزیابی قرار گرفت. به‌منظور تشخیص مشکلات رفتاری، علاوه بر مصاحبه بالینی از نوجوان، گزارش‌های معلمان و معاونان آموزشگاه، از آزمون خودسنجی (YSR) مبتنی بر نظام سنجش اخنباخ (ASEBA) استفاده شد.

مشخصات آزمودنی و روش اجرا: آزمودنی یک نوجوان پسر ۱۳ ساله، دانش‌آموز کلاس هشتم و تنها فرزند خانواده بود. تحصیلات پدر سیکل و مبتلا به سوء‌مصرف مواد می‌باشد و به دلیل اعتیاد توانایی تأمین مخارج زندگی را ندارد بنابراین بیکار محسوب می‌شد؛ مادر نوجوان دیپلم و به‌عنوان خدمه، شاغل در یک رستوران بود و تأمین هزینه‌های خانوار را به عهده داشت. نوجوان بارها به دلیل پرخاشگری، نزاع با همکلاسی‌ها، مشکلات تحصیلی توسط معلمین به معاونت آموزشگاه ارجاع داده‌شده بود که درنهایت دانش‌آموز از طرف معاونت آموزشی به واحد مشاوره آموزشگاه مراجعه کرد. بر اساس مصاحبه بالینی، اظهارات معلمان و معاونین آموزشگاه و نتایج آزمون خود سنجی (YSR) مبتنی بر نظام سنجش اخنباخ (ASEBA) آزمودنی مبتلا به مشکلات رفتاری تشخیص داده شد. همچنین مشخص شد که نوجوان درگیر مشکلات و تعارضات خانوادگی است؛ بنابراین متناسب با مشکلات خانواده با تأکید برآزمودنی جلسات درمانی طرح‌ریزی شد. جلسات خانوادگی به مدت ۱ ساعت و جلسات فردی برای آزمودنی ۴۵ دقیقه در نظر گرفته شد. درمان در ۱۳ جلسه و هر هفته یک جلسه، برگزار شد، توضیح جلسات درمانی به پیوست این مقاله می‌باشد.

مقیاس خودگزارش دهی مشکلات رفتاری اخنباخ^۱: مقیاس (YSR) مشکلات عاطفی- رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی نوجوانان ۱۱-۱۸ ساله را از دیدگاه خود دانش‌آموز مورد سنجش قرار می‌دهد، مبنایی (۱۳۸۵) فرم‌های نظام آشنباخ را به فارسی ترجمه و برای جمعیت ایرانی هنجارکرده است، دو دسته مقیاس کلی را می‌توان براساس این پرسشنامه ارزیابی کرد: مقیاس‌های مبتنی بر تجربه و مقیاس‌های مبتنی بر DSM. مقیاس‌های مبتنی بر DSM شامل

¹. Achenbach's Behavioral Problems-Youth Self-report Scale_(YSR)

مشکلات عاطفی (اختلال‌های افسردگی اساسی و افسرده‌خویی)، مشکلات اضطرابی (اختلال‌های اضطراب‌تعمیم‌یافته، اضطراب جدایی و هراس خاص)، مشکلات جسمانی (اختلال‌های بدنی‌سازی و بدنی‌شکل)، مشکلات نارسایی توجه و فزون‌کنشی، مشکلات رفتاری مقابله‌ای و مشکلات رفتاری هستند. نمره خام بدست آمده به نمرات استاندارد شده T و Z تبدیل می‌شود و در نهایت براساس نمره‌های بدست آمده، آزمودنی در سه طبقه مشکلات رفتاری بالینی، مرزی و نرمال طبقه‌بندی می‌شوند. ضرایب همسانی درونی برای اکثر مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM در سطح مطلوب و رضایت‌بخش قرار دارد به طوری که ضرایب همسانی درونی از طریق آلفا برای زیرمقیاس کیفیت کلی ۰/۴۶ و برای مشکلات رفتاری درونی سازی و برونی‌سازی ۰/۸۹ و ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های سندرم‌ها در دامنه ۰/۵۹ (افسردگی) تا ۰/۸۶ (رفتارپر خاشگرانه و افسردگی - اضطراب) گزارش شده است (آشنباخ، ۱۹۹۱). لازم به ذکر است در پژوهش حاضر از مقیاس‌های مبتنی بر تقسیم‌بندی درونی‌سازی و برونی‌سازی استفاده شد.

روش خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری: روش‌درمانی مورد استفاده در این پژوهش خانواده‌درمانی مبتنی بر فنون شناختی- رفتاری است، در خانواده‌درمانی شناختی رفتاری بسیاری از راهبردهای شناختی و رفتاری بکار برده می‌شوند و درمانگران عوامل خانوادگی را که با تفاسیر اعضای خانواده به وقایع محیطی رابطه دارند را شناسایی می‌کنند و در جهت بهبود آن‌ها گام برمی‌دارند (داتیلیو، ۱۹۹۲). خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری اساساً بر دو مورد تأکید دارد:

- ۱- تبیین انتظارات اعضای خانواده از یکدیگر و چگونگی تأثیرات آن‌ها بر تعامل بین اعضای خانواده.

- ۲- بهره‌گیری از روش‌هایی که موجب افزایش توانایی‌های افراد خانواده برای انطباق با بحران‌ها، تغییرات و وقایع غیرمنتظره می‌شود (داتیلیو، ۲۰۰۱).

شناخت درمانی آن‌گونه که در اصل توسط بک (۱۹۶۷؛ به نقل از لیهی، ۲۰۰۳) مطرح شده است تأکید زیادی بر «طرحواره‌ها» دارد، طرحواره‌ها در کاربرد درمان

شناختی- رفتاری در خانواده‌ها نیز اهمیت زیادی دارد، طرحواره‌های خانوادگی باورهایی درباره خانواده هستند که به‌عنوان نتیجه و محصول سال‌ها تعامل میان اعضای واحد خانوادگی شکل گرفته‌اند. این طرحواره‌ها تأثیر مهمی بر چگونگی تفکر، احساسات و رفتارهایی که افراد در خانواده بروز می‌دهند، دارند. این طرحواره خانوادگی بعدها در پرورش و تربیت کودکان به‌کاربرده می‌شود و وقتی که با افکار و مفاهیم فردی آن‌ها درباره محیط و تجارب زندگی‌شان وحدت پیدا کرد در رشد و توسعه بیشتر طرحواره خانوادگی نقش خواهد داشت. طرحواره‌های خانوادگی به‌موازات این‌که وقایع مهم و بزرگ در طول دوره زندگی خانوادگی رخ می‌دهند، تغییر پیدا می‌کنند (برای مثال وقایعی مثل طلاق، اعتیاد عضو خانواده) و این تکامل طرحواره‌ها و تغییر آن‌ها در اثر تجارب روزمره و روز افراد همچنان ادامه می‌یابد. در نتیجه طرحواره خانوادگی یک حوزه مهم برای انجام مداخلات مربوط به خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری است، حوزه‌ای که معمول در آن بزرگ‌ترین تغییرات رخ می‌دهد. لذا در این پژوهش نیز **فنون شناختی** زیر در طی جلسات خانواده‌درمانی مورد استفاده قرار گرفت:

بازسازی شناختی از طریق جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی:

مهم‌ترین کنش تکنیک‌های بازسازی شناختی، آموزش الگوهای تفکر سازش یافته‌تر به افراد است تا بتوانند به کمک آن‌ها، به کشف الگوهای فکری منفی و تحریف‌شده در خود پردازند و بدین‌وسیله تأثیرات آسیب‌رسان این الگوهای فکری را تشخیص دهند و به‌جای دریافت شناخت‌های ناکارآمد (مزم، غیرواقعی و نادرست) خود، الگوهای فکری سازش یافته‌تر و درست‌تری را جایگزین شناخت‌های (باورها، تعبیرها، تفسیرها و خودگویی‌ها) تحریف‌شده بکنند.

مراحل بازسازی شناختی عبارت‌اند از:

- ۱- استخراج اطلاعات شناختی ضروری، برای کشف الگوهای افکار خودکار، باورهای غیر واقع‌گرایانه و پردازش اطلاعات به‌صورت تحریف‌شده (استفاده از تکنیک مرور آنی)

۲- این مرحله، شامل تجزیه و تحلیل مشارکتی درمانگر و مراجع از دریافت‌های شناختی آن‌ها، برای تشخیص الگوهای خاص افکار خودکار تحریف‌شده و منفی است؛ به آن‌ها آموزش داده می‌شود تا وقایع محیطی را که باعث افکار منفی می‌شوند، مشخص کنند (تکنیک تحلیل دریافت‌های شناختی).

۳- چالش با دریافت‌های شناختی ناکارآمد و سبک‌های ناقص در پردازش اطلاعات و کشف مفروضه‌ها، باورها و سایر تبیین‌های علی (تکنیک بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده)

۴- مقرر کردن تمرین‌هایی برای اعضای خانواده تا آن‌ها مفروضه‌ها و باورهای ناکارآمد خود را که شناسایی شده‌اند، بیازمایند، در این مرحله به افراد خانواده کمک می‌شود تا موضوعات و تحریفات موجود در تفکرشان را ارزیابی کنند تا تحریفات و موضوعاتی که مانع راه‌حل‌های سازش یافته‌تر می‌شود جایگزین کنند.

کنترل افکار خودآیند: در این روش از آزمودنی درخواست می‌شود تا افکار روزانه خود را با استفاده از جدول خود گزارش دهی ثبت کند. برای تهیه این جدول، آزمودنی باید ابتدا روز، هفته و تاریخ مربوط را بنویسد و سپس افکار غیرمنطقی، پیامد رفتاری این افکار، هیجان‌های تولیدشده، ساعت و مدت پرداختن به آن‌ها را نیز ثبت کند. به تدریج و طی پیشرفت درمان، به آزمودنی کمک شد تا تحریف‌های شناختی خود را شناسایی کند و افکار منطقی را جایگزین آن سازد.

تکنیک‌های شناختی کنترل خود: تکنیک‌های خودآموزی شناختی رویکردی از نوع بازسازی شناختی است که برای آموزش افراد طراحی شده است تا آن‌ها بتوانند با دادن دستورهای درونی به خود رفتارهای مشکل‌آفرینی چون عصبانیت شدید، تکانشوری ذهنی و اضطراب را در خود کنترل کنند؛ به علاوه از مداخله‌های خودآموزی شناختی برای رفع اختلال‌های رفتاری مانند پرخاشگری سوءمصرف مواد مخدر و فعالیت بزهکارانه و نیز حل مشکلات و تعارض‌های بین فردی استفاده می‌شود. اکثر مداخله‌های خودآموزی شناختی، دارای یک طرح کلی هستند. ابتدا،

درمانگر چارچوب مفهومی این مداخله‌ها را با استفاده از کلماتی ساده و قابل فهم برای فرد توضیح می‌دهد و سپس مفهوم گفته‌های خصوصی و تأثیر آن‌ها را روی رفتار ارائه می‌کند.

آموزش مثبت نگری و کشف نقاط قوت: شناخت نقاط قوت افراد، مجموعه نظام‌داری از شیوه‌هایی است که به منظور تسهیل ایجاد نگرش مثبت نسبت به خویشتن و دیگران طراحی شده است. روش مثبت نگری در پنج مرحله انجام می‌گیرد:

الف- مرحله نخست از اعضای خانواده خواسته می‌شود نقاط قوت خود را نام ببرند
ب- مرحله دوم از آن‌ها خواسته می‌شود حداقل ۵ تجربه خوب خود را نام ببرند و درباره آن صحبت کنند و به توصیف بسیاری از تجربیات مثبت خود برای سایر اعضای خانواده پردازند

ج- مرحله سوم، هر فردی نوبت می‌گیرد تا نکات مثبتی را که درباره دیگری تشخیص داده است به او بگوید.

د- در مرحله چهارم، بر تمرین‌هایی تأکید می‌شود که طی آن شخص بتواند اهمیت نسبی نقاط قوت مطرح‌شده در مرحله اول، دوم و سوم را به ترتیب اولویتشان مشخص سازد؛ و با توجه به مراحل قبلی که ذکر شد، پنج تا هشت توانمندی را که نقاط قوت قابل‌اتکا خوانده می‌شوند انتخاب می‌کنند.

در آخرین مرحله به آن‌ها گفته می‌شود شواهد و معیارهایی ارائه کنند دال بر این که با ارزش‌ترین و معتبرترین نقاط قوت آن‌ها قابل‌اتکا هستند (اپستین، ۲۰۰۲؛ داتلیو، ۲۰۰۹).

در رابطه با **مؤلفه‌های رفتاری مبتنی بر خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری** به چندین بعد از اعمال افراد خانواده تأکید می‌کند که عبارت‌اند از:

الف- تبدیل تعاملات منفی و نقایص خانواده به رفتارهای مطلوب و مناسبی که بین افراد خانواده تبادل می‌شود. ب- مهارت‌های بیان کردن و شنیدن در ارتباطات ج- مهارت‌های حل مسئله و د- مهارت‌های بحث و تبادل نظر، مذاکره و تغییر رفتار.

الگوهای نظری زیربنایی در رویکردهای رفتاری به خانواده‌درمانی شامل نظریه یادگیری اجتماعی (داتلیو، ۲۰۰۳) و نظریه تبادل اجتماعی (لیهی، ۲۰۰۳) می‌شود؛ بنابراین در خانواده‌درمانی رفتاری از الگوی مشاوره با والدین برای درمان و حل مشکلات رفتاری فرزندان مشخصاً اختلال‌های پرخاشگرانه استفاده می‌شود، متغیرهای اجتماعی همچون فقر، سازگاری اجتماعی ضعیف و تنگناهای والدین (تماس‌ها و حمایت‌های برون خانوادگی ناچیز) نیز می‌تواند ادراک و رفتارهای والدین را تحت تأثیر قرار دهند و آن‌ها را آشفته سازند در این موارد خانواده‌درمانی رفتاری به ارزیابی و درمان هریک از متغیرها می‌پردازد (گریست، ۱۹۸۳)؛ بنابراین در پژوهش حاضر نیز از فنون رفتاری زیر در جلسات خانواده‌درمانی استفاده شد:

آموزش حل مسئله (بحث گروهی): هدف کلی آموزش حل مسئله، آموزش و کمک به افراد در جهت کسب بینش نسبت به توانایی‌های خود است و شامل پنج مرحله به شرح زیر است:

الف- کمک به افراد تا مشکلات را بخشی از زندگی روزانه تلقی کنند و کنترل تکانه‌ها

ب- فرد باید مشکل را درک و آن را تعریف عملیاتی کند.

ج- مطرح سازی کلیه راه‌حل‌ها

د- ارزیابی راه‌حل‌ها، انتخاب بهترین راه

ه- فرد به گونه‌ای مؤثر راه‌حل انتخاب‌شده را به کارم بگیرند.

حل مسئله گروهی نیز از چهار مرحله تشکیل شده است و به مداخله‌های حل مسئله در درمان فردی شبیه است:

۱- تعریف مسئله ۲- ارائه راه‌حل‌های جایگزین ۳- تصمیم‌گیری ۴- به‌کارگیری و اجرای راه‌حل

آموزش مهارت‌های ارتباطی: مهارت‌های ارتباطی را می‌توان در جلسات انفرادی و خانوادگی آموزش داد. دو نوع مهارت آموزش داده می‌شود تا افراد آن‌ها را به‌دفعات، به‌تنهایی یا در جلسه‌های خانوادگی تمرین کنند. این مهارت‌ها عبارت‌اند از:

۱- سبک پاسخ‌دهی کلامی کارآمد

۲- مهارت‌های گوش کردن فعال

درزمینه آموزش روش‌های پاسخ‌دهی کلامی کارآمد افراد ابتدا از انواع پاسخ‌های کلامی که در تعامل با یکدیگر از آن‌ها استفاده می‌کنند، آگاه می‌شوند در آموزش این تکنیک می‌توان فهرستی از سبک‌های پاسخ‌دهی را به افراد نشان داد و از آن‌ها خواست تا سبک‌های عادی خود را مشخص و تعیین کنند. سپس از افراد خواسته می‌شود تا به واکنش دیگران به این سبک‌های پاسخ‌دهی کلامی توجه کنند. سبک‌های خاصی که پاسخ‌های نامطلوب را در افراد ایجاد می‌کنند، به‌عنوان اهداف تغییر در نظر گرفته می‌شوند. درمانگر ممکن است سبک‌های جدید و کارآمدتر پاسخ‌دهی کلامی را به اعضای خانواده آموزش دهد تا هنگام تعامل با یکدیگر، هم در خانه و هم در جلسه‌های درمانی، این سبک‌ها را آزمایش کنند. در آموزش مهارت‌های گوش کردن فعال، درمانگر شرح می‌دهد که گوش کردن فعال، چگونه سبب می‌شود تا افراد به‌راحتی در مورد مشکلات و نگرانی‌هایشان بحث کنند و سپس الگوهایی را برای ایفای نقش به آن‌ها می‌دهد. هدف از آموزش مهارت‌های ارتباطی حین جلسه‌های خانوادگی، آموزش دادن ارتباط شفاف است و هم‌چنین سعی می‌شود تا کیفیت رابطه اعضای خانواده را از طریق تسهیل سبک‌های ارتباطی حمایت‌کننده بهبود بدهند. درمانگر هنگام مشاهده تعاملات خانوادگی، تعاملات سازش‌نا یافته‌ای را که باعث تداوم تعارض‌های ناخواسته و نامطلوب بین افراد می‌شود را مشخص می‌کند و سپس اعضای خانواده را تشویق می‌کند تا این الگوهای ارتباطی جدید را همان‌گونه که در مورد آن‌ها در جلسه صحبت می‌شود به کار ببندد.

قرارداد مشروط: قرارداد مشروط یک تکنیک درمان رفتاری است که به‌موجب

آن مبادله پاداش برای ابراز رفتارهای مطلوب بین اعضای خانواده، توافق‌هایی صورت می‌گیرد. اساساً در این نوع قراردادها افراد متعهد می‌شوند تا پس‌ازآنکه فرد

تغییرات مقدر شده را در خود به وجود آورد، آن‌ها نیز مواردی را در خود یا محیط، تغییر دهند (اپستین، ۲۰۰۲ و داتلیو، ۲۰۰۹).

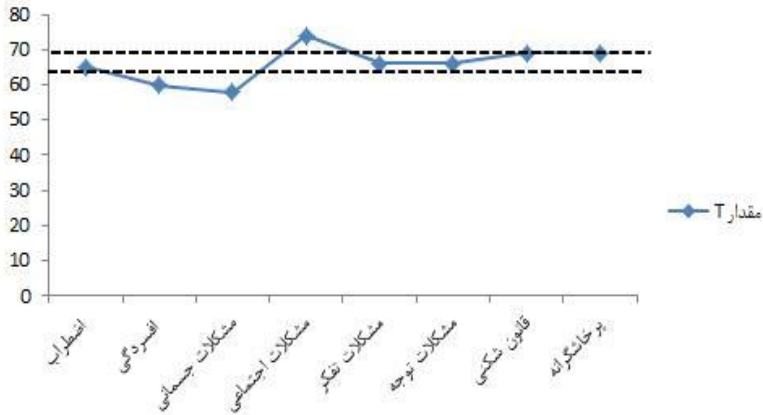
روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در طرح‌های تک موردی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل‌های نموداری و ترسیمی استفاده می‌شود، براساس صعود و نزول متغیر وابسته، قضاوت صورت می‌گیرد (برلو و هرسن، به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۶). در این پژوهش علاوه بر روش‌های بالا از معناداری بالینی نیز برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای عینی سازی میزان بهبودی در فرایند درمانی، از فرمول درصد بهبودی استفاده شد. در این فرمول، نمره پیش‌آزمون فرد از نمره پس‌آزمون و حاصل آن بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌شود و نتیجه در عدد ۱۰۰ ضرب می‌گردد:

$$RCI = \frac{\text{نمره ی پس آزمون} - \text{نمره ی پیش آزمون}}{\text{نمره ی پیش آزمون}} \times 100$$

یافته‌ها

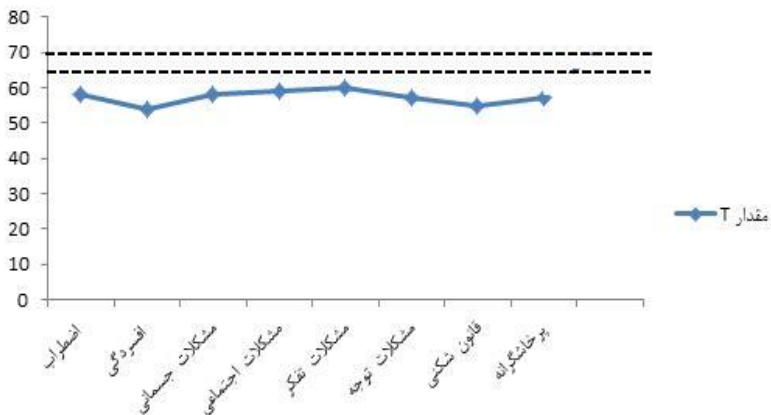
از آزمودنی یک خط پایه قبل از درمان با استفاده از آزمون خودسنجی (YSR) تعیین شد. نتایج پرسشنامه (YSR) نشان داد که آزمودنی در مشکلات رفتاری پرخاشگرانه، قانون‌شکنی و به‌خصوص در مشکلات اجتماعی در دامنه بالینی قرار دارد. در متغیرهای اضطراب، مشکلات توجه و تفکر نمره T مراجع در نقاط برش قرار گرفته است، بنابراین به‌عنوان مشکلات زیرآستانه تشخیص، شناسایی شدند در متغیرهای مشکلات جسمانی و افسردگی نمرات در دامنه بهنجار قرار گرفت. نمرات آزمون خودسنجی (YSR) آزمودنی در مرحله قبل از درمان در نمودار ۱ ترسیم شده است:

نمودار ۱: نیمرخ مقیاس‌های مبتنی بر تجربه آخنباخ (قبل از درمان)



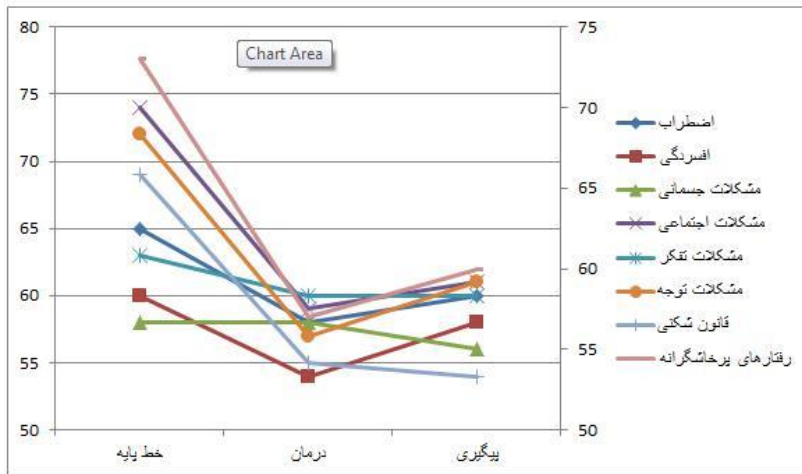
همان‌طور که نتایج نشان داده بود مشکلات برون‌سازی نوجوان در دامنه بالینی قرار داشت، پس از مداخله درمان نتایج آزمون با توجه به نمودار ۲ بدست آمد:

نمودار شماره ۲: نیمرخ مقیاس‌های مبتنی بر تجربه آخنباخ (بعد از درمان)



نتایج نشان داد مشکلات درون سازی و برونی سازی بعد از مداخله درمان شناختی- رفتاری کاهش پیدا کرده است.

نمودار ۳: نمرات T مقیاس های مبتنی بر تجربه آخنباخ قبل از درمان، بعد از درمان و پیگیری



نمودار ۳ نشان داد که مداخله درمانی بر تمامی مقیاس ها به جز مقیاس مشکلات جسمانی تأثیر گذاشته و باعث شده مشکلات رفتاری آزمودنی کاهش پیدا کند. همان طور که مشاهده می شود مداخله بیشتر بر روی رفتارهای پرخاشگرانه، قانون- شکنانه و مشکلات اجتماعی تأثیر گذاشته است و نمرات T مقیاس های رفتارهای پرخاشگری، قانون شکنانه و مشکلات اجتماعی از ۷۳، ۶۹ و ۷۴ به ۵۷، ۵۵ و ۵۹ کاهش پیدا کرده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خانواده درمانی با استفاده از فنون شناختی رفتاری مانند آموزش حل مسئله، کنترل افکار خودآیند، بازسازی شناختی، آموزش مهارت های

ارتباطی کارایی بالایی اثربخشی معناداری در کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی این نوجوان داشت. همان‌طور که فرایند تشخیص نشان داده بود نوجوان که در یک خانواده معتاد و آشفته زندگی می‌کرد راهبردهای ناکارآمدی را یاد گرفته بود و بیشتر در مواجهه با مسائل از راهبرد پرخاشگری و قانون‌شکنی استفاده می‌کرد و یک چرخه‌ای ایجاد شده بود که از این طریق رفتارهای منفی خود را تقویت می‌کرد، این چرخه راهبردی را آزمودنی در بیشتر موقعیت‌ها از جمله روابط با دوستان، کلاس درس، محیط مدرسه و محیط خانواده استفاده می‌کرد، بنابراین اختلال در عملکرد در این موقعیت‌ها داشت و از طرف معلمان، معاونان، دوستان و خانواده مورد طرد قرار می‌گرفت و این عوامل به کاهش عزت‌نفس و ناامیدی منجر می‌شد تا این حد که نوجوان بارها در جلسه ابراز کرده بود که "من هیچ‌کس را دوست ندارم چون که مرا دوست ندارند" بنابراین با یادگیری و آموزش مهارت‌ها در جلسه درمانی آزمودنی خودکترلی را یاد گرفت و در جلسات درمانی از موفقیت‌ها بدست آمده در مدرسه سخن می‌گفت. مادر آزمودنی بیان داشت که "احساسات منفی نسبت به همسر کم شده است و یکسری از وظایفی که در خانواده نیاز بوده انجام بگیرد با همسرم به تفاهم رسیده‌ایم و در قبال نقش‌هایی که من در بیرون از خانه انجام می‌دهم، شوهرم یکسری از کارهای خانواده را برعهده گرفته است، همچنین مادر آزمودنی کاهش رفتارهای منفی فرزندش را در خانه تأیید کرد؛ بنابراین این پژوهش با نتایج پژوهش هولون و تسون (۱۹۸۳) همخوانی داشت که نشان داده بودند فنون شناختی- رفتاری مهارت‌های پایداری برای افراد در مقابله با مشکلات ایجاد می‌کند. دانش آموزان مشغول به تحصیل در مدارس در معرض انواع آسیب‌های اجتماعی قرار دارند که عمدتاً منشأ این آسیب‌ها از خانواده‌ها نشأت گرفته است که در صورت عدم توجه به درمان خانواده‌ها احتمال آسیب همچنان وجود دارد؛ بنابراین توجه به مشکلات خانوادگی نوجوانان در مدرسه دارای اهمیت است و با ارزیابی زمینه خانوادگی نوجوان و طرح‌ریزی برای حل مسئله، می‌تواند از به وجود آمدن مشکلات بعدی جلوگیری کرد، در این رابطه حتی تشکیل کلاس‌های آموزش والدین و افزایش سطح

آگاهی آن‌ها می‌تواند بحران خانواده‌های دارای نوجوان را کم کرد و در نهایت از بروز آسیب‌ها پیشگیری نمود. با توجه به این‌که طرح پژوهشی حاضر مطالعه موردی است لذا دارای محدودیت‌های روایی و پایایی است که باید در نظر گرفت. با توجه به طرح درمانی حاضر و کنترل متغیرها می‌توان شرایط را برای پژوهش‌های آزمایشی بعدی فراهم کرد.

منابع

- اکبری، ابوالقاسم (۱۳۸۱). مشکلات نوجوانی و جوانی، چاپ سوم، تهران: دماوند
- بهرامی، هادی (۱۳۹۰). اعتیاد و فرآیند پیشگیری، چاپ چهارم، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی.
- بوستانی‌پور، علیرضا؛ صدرجهانی، سمیه. (۱۳۸۷). مقایسه عملکرد خانواده‌های عادی و دارای عضو سوء‌مصرف مواد. خلاصه مقالات سومین کنگره ملی آسیب‌شناسی خانواده. تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- حمیدپور، حسن (۱۳۸۶). بررسی کارایی و اثربخشی شناخت درمانی مبتنی برهشیاری فراگیر (MBCT) در درمان و جلوگیری از عود و بازگشت افسرده-خوبی. پژوهش در سلامت روان شناختی، ۶(۴): ۳۲-۲۴.
- عاشوری، احمد؛ و شیرین‌زاده دستگیری، صمد. (۱۳۸۷). بررسی و مقیاس‌های کارکرد خانواده اصلی در افراد معتاد و افراد غیرمعتاد. خلاصه مقالات سومین کنگره ملی آسیب‌شناسی خانواده. تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- خداجوادی، رحیم. (۱۳۸۷). بررسی رابطه کارکرد خانواده و تاب‌آوری در برابر مصرف مواد در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مدارس پرخطر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- صداقت، سمیره؛ مرادی، امید؛ احمدیان، حمزه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی شناختی-رفتاری بر خشم پرخاشگری دانش‌آموزان دختر پرخاشگر. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۲۴، شماره ۴: ۲۲۰-۲۱۵.

- خدایاری فرد، محمد؛ پرند، اکرم. (۱۳۸۴). خانواده‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در اختلال افسردگی نوجوانی؛ مطالعه موردی. مجله پژوهش‌های روانشناختی، دوره ۸، شماره ۳ و ۴: ۸۲-۶۲.

- Austin, Ashley M, Macgowan, Mark J, & Wagner, Eric F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systematic review. *Research on social work practice*, 15(2), 67-83.
- Bradbury KE, Clark I. Cognitive behavioral therapy for anger management: effectiveness in adult mental health services. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 2009; 35: 201-208.
- Bolton Jr, FG, & MacEachron, Ann. (1986). Assessing child maltreatment risk in the recently divorced parent-child relationship. *Journal of family violence*, 1(3), 259-275.
- Beck, Judith S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*: Guilford Press.
- Carr, Alan. (2012). *Family therapy: Concepts, process and practice*: John Wiley & Sons.
- Dattilio, Frank M. (2001). Cognitive-behavior family therapy: Contemporary myths and misconceptions. *Contemporary Family Therapy*, 23(1), 3-18.
- Dattilio, Frank M. (2005). Introduction to the special section: The role of cognitive-behavioral interventions in couple and family therapy. *Journal of marital and family therapy*, 31(1), 7-13.
- Dattilio, Frank M. (2009). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*: Guilford Press.
- Dobson, Keith S. (2009). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*: Guilford Press.
- Dortaj F, Masaebi A, Asadzadeh H.(2010). The effect of anger management training on aggression and social adjustment of 12- 15 years old male students. *Journal of Applied Psychology*, 3: 62-72.
- Epstein, Norman B, & Baucom, Donald H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*: American Psychological Association.

- Ghorban Shirodi S, Khalatbari J, Todar SR, Moballeghi N, Salehi M. The Comparison of effectiveness of training methods of self-assertion and problem solving on adjustment and aggression of first year high school girls. *New Finding in Psychology* 2011; 5: 5-24.
- Griest, Douglas L, & Wells, Karen C. (1983). Behavioral family therapy with conduct disorders in children. *Behavior Therapy*, 14(1), 37-53.
- Hollon, S.D. Thase, M.E. & Markowitz, J.C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science*, 3(2), 39-40.
- Leahy, Robert L. (2003). *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*: Cambridge Univ Press.
- Mason, W Alex, Kosterman, Rick, Haggerty, Kevin P, Hawkins, J David, Redmond, Cleve, Spoth, Richard L, & Shin, Chungyeol. (2009). Gender moderation and social developmental mediation of the effect of a family-focused substance use preventive intervention on young adult alcohol abuse. *Addictive behaviors*, 34(6), 599-605.
- Nichols, Michael P, & Schwartz, Richard C. (1998). *Family therapy: Concepts and methods*: Allyn & Bacon.
- Repetti, Rena L, Taylor, Shelley E, & Seeman, Teresa E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological bulletin*, 128(2), 330.
- Santisteban, Daniel A, Coatsworth, J Douglas, Perez-Vidal, Angel, Kurtines, William M, Schwartz, Seth J, LaPerriere, Arthur, & Szapocznik, José. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 121.
- Santisteban, Daniel A, Coatsworth, J Douglas, Perez-Vidal, Angel, Mitrani, Victoria, Jean-Gilles, Michele, & Szapocznik, Jose. (1997). *Brief Structural/Strategic Family Therapy with African American and Hispanic High Risk Youth*.
- Trickett, Penelope K, & Susman, Elizabeth J. (1988). Parental perceptions of child-rearing practices in physically abusive and nonabusive families. *Developmental Psychology*, 24(2), 270.

Wheatley A, Murrphy R, Kessel J, Wuthrich V, Remond L, Tuqiri R, Dadds M, Ridman A. Aggression management training for youth in behavior schools. *Youth Studies Australia* 2009; 28: 28-38.