

The Effectiveness of Family Mode Deactivation Treatment, Cognitive-Behavior Therapy and Acceptance-Commitment Therapy on the Emotional Impulsivity of Adolescent Female with Behavioral Problems through Mothers' Education

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

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3. Assistant Professor, Safahan Nonprofit Higher Education Institute, Isfahan, Iran

Received: 2020/07/27

Accepted: 2021/01/06

Abstract

Introduction: Impulsivity is one of the problems that can worsen the behavioral problems of adolescents with behavioral problems. The aim of this study was to determine the effectiveness of family mode deactivation treatment, cognitive-behavior therapy and acceptance and commitment therapy on the emotional impulsivity of adolescent female with behavioral problems.

Materials and Methods: The research method was semi-experimental with pre-test, post-test and follows up design with a control group. The statistical population included the mothers of 120 adolescent girls aged 14-18 years with behavioral problems, in Isfahan, Iran in 2019. Among them, 60 people were selected using the available sampling method and then randomly assigned in three experimental groups and a control group (15 people for each group). The research instrument was Barrat Emotional Impulsivity Questionnaire. The participants of experimental groups trained in 10 sessions of 90 minutes. Data were analyzed by repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test.

Results: The results indicated that, there is a significant difference between family mode deactivation treatment, cognitive-behavior therapy and acceptance-commitment therapy and the control group in emotional impulsivity ($P < 0.01$), but there was no significant difference between the three treatments in reducing impulsivity ($P < 0.05$).

Conclusion: Overall, the findings of this study showed that family mode deactivation treatment, cognitive-behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy are among treatments that can reduce impulsivity in adolescent female with behavioral problems.

***Corresponding Author:** Mohsen Golparvar
Address: Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
Tel: 03135354001
E-mail: drmgolparvar@gmail.com

Keywords: Family Mode Deactivation Treatment, Cognitive-Behavior Therapy, Acceptance-Commitment Therapy, Emotional Impulsivity, Behavioral Problems, Adolescent

How to cite this article: Javadi S., Golparvar M., Izadi R. The Effectiveness of Family Mode Deactivation Treatment, Cognitive-Behavior Therapy and Acceptance-Commitment Therapy on the Emotional Impulsivity of Adolescent Female with Behavioral Problems through Mothers' Education, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2021; 28(4):801-813.

Introduction

Adolescence is one of the most adventurous periods of human life. Studies in recent decades show that the number of adolescents who develop symptoms of behavioral or emotional pathology is increasing, and if adolescents are not able to deal with them effectively, it can lead to or exacerbate some behavioral problems. Family is one of the most important factors that play a role in the formation or maintenance of adolescent behavioral problems. In families where there is no parental alignment, expression of emotions and support, and they do not function properly, adolescents are more likely to develop a variety of behavioral problems. For many psychologists dealing with adolescent psychopathology, impulsivity is one of the major psychological concepts. Impulsivity is a multidimensional concept that is defined as the tendency to react quickly without regard to its consequences. Impulsivity can lead to behaviors that are socially inappropriate and incompatible. Furthermore, the association of impulsivity with a number of psychological pathologies is an important issue that needs to be addressed. The quality of parent-child relationships, especially mother-adolescent relationships, has a decisive role in adolescent mental health. One of the negative effects of inappropriate parent-adolescent communication is behavioral and emotional problems such as adolescent impulsivity. Therapeutic guidelines recommend that the most preferred treatments for adolescents with behavioral problems such as impulsivity are family-centered psychological interventions. Family-centered treatment enters into conversation with the family without blaming parents or adolescents and labeling them as dysfunctional family systems. Probably one of the limitations of the treatment models available in the treatment of adolescents with behavioral problems is the lack of parental involvement. Because they are embedded in the family context, parental involvement in the treatment of adolescent behavioral problems is a fundamental developmental issue.

In the present study, between a range of different psychological therapies, due to the importance of family involvement to solve adolescents' problems, has been concentrated on family mode deactivation treatment along

with cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy to treat girl students' behavioral problems through the education of their mothers. Family mode deactivation treatment (FMDT) has emerged as a third-wave treatment for adolescents with behavioral problems and their families. In this type of treatment, a unique combination of family mode deactivation techniques, such as evaluation, clarification and reorientation of fundamental beliefs, acceptance and mindfulness are used to eliminate problematic behaviors. The mode deactivation treatment (MDT) at its core is based on the mode theory, first proposed by Beck in 1996. Beck sees mode as a network of cognition, emotion, stimuli, and behavioral elements that are integrated into a person's personality and activated when confronted with stress. Adolescents with behavioral problems, when they perceive a real or unreal danger, they become extremely alert and sensitive to the activation of mode and then feel very scared. Therefore, they are easily stimulated and change from a state of inactivity to a state of hyperactivity without realizing it.

In addition to family mode treatment, cognitive-behavioral therapy is designed to resolve behavioral and emotional problems by addressing problematic thinking and identifying problematic beliefs about oneself, others, and the world. According to this approach, distortions in one's thinking and judgment lead to psychological confusion and dysfunctional behavior. Thus, cognitive-behavioral therapy identifies and corrects thoughts, assumptions, and beliefs that underlie problematic feelings and responses to events, and aims to eliminate maladaptive behaviors and emotions. Acceptance and commitment therapy has also emerged by integrating key strategies of acceptance and mindfulness to influence behavior change through psychological flexibility. Therefore, instead of focusing on eliminating or reducing the symptoms, the goal of acceptance and commitment therapy is to change clients' perceptions and relationships with thoughts and feelings so that they are perceived and accepted as a natural part of life.

In support of the effectiveness of family mode deactivation treatment, Apsche et al found in their study that this treatment for

adolescents with behavioral problems is more effective than conventional therapies. Regarding the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy, the researchers found that these two therapies with a focus on the family have a significant effect on adolescent emotional control and reducing their impulsivity. Despite the evidence for the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy, there is still a lack of sufficient empirical evidence to confirm their effectiveness in treating adolescent populations with behavioral problems and their disturbed families. For this reason, theorists and therapists in recent years have sought to propose alternative therapies for adolescents with behavioral problems and their families. Family mode deactivation treatment is one of these new therapeutic approaches for adolescents and their families. This therapeutic approach has been introduced outside of Iran and in Iran to date, extensive research has not been done on its effectiveness. In this regard, the main question of the present study was: Is the treatment of family mode deactivation treatment (FMDT), cognitive-behavioral therapy (CBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) effective on emotional impulsivity of adolescent girls with behavioral problems aged 18-14 years?

Methodology

The present study is a semi-experimental study with a four-group design with three stages of pre-test, post-test and follow-up and has an ethics code from the Committee for Ethical Supervision of Scientific Research with the number IR.IAU.KHUISF. REC.1397.231. the statistical population of the study was the mothers of 120 adolescent girls aged 14 to 18 years with behavioral problems in Isfahan, Iran in the summer of 2019. Among the mentioned statistical population, mothers of 60 adolescents, including 15 people for each of the four research groups, were selected by accessible sampling method based on entry criteria and then randomly assigned into four groups. Participants answered the impulsivity questionnaire in three stages of pre-test, post-test and follow-up (two months after post-test).

Family mode deactivation treatment, cognitive-behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy conducted in ten 90-minute sessions once a week by an experienced therapist with more than 10 years of treatment experience. Family mode deactivation treatment was used for the first time in Iran in this study based on the treatment introduced by Swart and Apsche (2014). In order to ensure the appropriateness of the used treatment package, through a pilot study, the effect of family-mode deactivation treatment on the impulsivity variable was investigated and confirmed.

Barratt impulsivity scale version 11 was used to assess impulsivity. This scale has 30 items and measures three areas of attentional impulsivity, motor impulsivity and non-planning impulsiveness. The items of this questionnaire are scored on a Likert style of no = 1 to very high = 4. The factor construct validity of this scale in Iran has been investigated through exploratory factor analysis and the same three main factors of the scale have been obtained. Cronbach's alpha coefficient was obtained as evidence of reliability for attentional impulsivity equal to 0.81, for motor impulsivity equal to 0.67 and for non-planning impulsiveness equal to 0.70 and test-retest reliability was equal to 0.77. In the present study, the alpha of this scale was equal to 0.94. In statistical analysis of the data, repeated measures analysis of variance and then Bonferroni post hoc test was used. Data were analyzed using SPSS software version 24.

Results

Four research groups were compared in terms of age, educational level of adolescents and education of parents through Chi-square test. The result of this analysis showed that there is no significant difference in the demographic variables of the four research groups. The results of the study about the mean of three components of impulsivity including attentional impulsivity, motor impulsivity and non-planning impulsiveness indicated that compare to the control group, there is a decrease in the three treatment groups of family mode deactivation treatment, cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy (Table 1).

Table 1. Mean and Standard Deviation of Impulsivity components in four group

Variable and Stage	Control Group	ACT Group	CBT gROUP	FMDT Group
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
Attentional Impulsivity				
Pre-Test	20.67±3.94	18.13±3.85	17.07±4.35	25.20±2.45
Post-Test	20.67±4.20	14.53±2.56	14.73±3.86	10.53±2.13
Follow Up	20.80±4.14	14.67±2.50	14.73±3.86	10.23±2.04
Motor Impulsivity				
Pre-Test	19.47±4.15	15.93±13.20	15.07±3.55	23.27±2.37
Post-Test	20±3.44	13.20±2.18	13.07±3.82	11.57±2.11
Follow Up	20.07±3.84	13.20±2.18	13.13±3.81	11.17±1.66
Non-Planning Impulsiveness				
Pre-Test	21.07±3.88	17.93±3.69	15.97±3.48	25.27±2.02
Post-Test	21.33±4.01	13.27±2.60	15±3.95	10.87±2.44
Follow Up	21.07±4.10	13.27±2.60	14.93±4.03	10.60±2.20

Table 2. Results of Repeated Measures Analysis of Variance for Impulsivity

Source	SS	df	MS	F	P	Effect Size	Power
Group (Three experimental Group and a Control Group)							
Group	3103.53	3	1034.51	16.63	0.001	0.47	1
Error	3482.97	56	62.20	-	-	-	-
Time (pretest, posttest and follow up) and Interaction of Time and Group (Greenhouse-Geisser)							
Time	2681.16	1.03	2641.17	150.81	0.001	0.73	1
Time × Group	3487.16	3.04	1145.05	65.38	0.001	0.78	1
Error	955.57	56.84	17.54	-	-	-	-

The results of repeated measures analysis of variance showed that in group factor ($F = 16.63$ and $p < 0.01$), in time factor ($F = 150.81$ and $p < 0.01$) and in time and group interaction ($F = 65.38$ and $p < 0.01$), there is a significant difference between at least two of the four research groups. In other words, the difference in time factor and interaction of time with group membership in impulsivity indicates that there is a significant difference between at least one of the three treatments of family mode deactivation treatment, cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy with the control group (Table 2).

The results of Bonferroni post hoc test showed that there is a significant difference in impulsivity, among family mode deactivation treatment, cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy with the control group with the control group ($p < 0.01$), but there was no significant difference between the three treatments ($p < 0.05$).

Conclusion

The aim of this study was to determine the effectiveness of family mode deactivation treatment, cognitive-behavioral therapy and

acceptance and commitment therapy on impulsivity of female adolescents with behavioral problems. The results revealed that the three treatments of family mode deactivation treatment, cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy have significant effectiveness to reduce impulsivity of adolescent girls with behavioral problems, but there is no significant difference between the three treatments. The results of the present study about the effectiveness of family mode deactivation treatment on reducing the adolescent girls' impulsivity with behavioral problems, with the findings of Swart and Apsche about that family mode deactivation treatment is more effective treatment than ordinary therapies on reduce the behavioral problems and injuries of adolescents, it is heterogeneous. On the other hand, the results of this study are consistent with studies by Mardani Karani et al on the effect of family-centered acceptance and commitment therapy and Mostaejran Gortani et al on the effect of acceptance and commitment therapy on reducing impulsivity.

In explaining the results about the effectiveness of family mode deactivation treatment on reducing adolescent girls' impulsivity, it should be said that emotion regulation (ability to understand, modify and express the emotions) is closely related to impulsivity control. The phenomenon of emotional

regulation is very importance in the family mode deactivation treatment (FMDT) approach. In the family context, the development of adolescent emotion regulation is influenced by the family. Family mode deactivation treatment through its mechanisms by strengthening impulse control skills that include self-monitoring, self-assessment and self-reinforcement can help people develop the necessary skills in themselves to do their homework and social responsibilities without the help of others. For explaining this finding, it can be said that cognitive-behavioral therapy helps the mother and consequently the adolescent not to react quickly to achieve their desires. Lack of hasty and unwanted response to internal or external stimuli, and attention to the negative consequences of these actions for oneself or others, is a main factor in reducing impulsivity. In explaining the effectiveness of acceptance and commitment

therapy in reducing the impulsivity of adolescent girls with behavioral problems, it can be said that this treatment also helps the mother to deal with negative feelings and emotions that are related to unpleasant psychological phenomena such as impulsivity, instead of coercion. This, in turn, prevents impulsive action in adolescents.

Acknowledgment

We would like to thank all those who helped us in this research. We would also like to show our gratitude to the anonymous reviewers for their so-called insights.

Conflict of Interest: We, the authors of the article, declare that we have no mutual interest in writing or publishing this article.

اثربخشی درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، درمان شناختی- رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر تکانشگری هیجانی نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری از طریق آموزش مادران

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

۱. استاد دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۳. استادیار، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی صفاهان، اصفهان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۰۶

چکیده

زمینه و هدف: تکانشگری هیجانی از مشکلاتی است که می‌تواند مشکلات رفتاری نوجوانان را با وخامت بیشتری مواجه کند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، درمان شناختی- رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر تکانشگری هیجانی نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری اجرا شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل مادران ۱۲۰ نوجوان دختر ۱۴ تا ۱۸ سال دارای مشکلات رفتاری در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود. از بین آن‌ها ۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی و در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه تکانشگری هیجانی بارت بود. شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به‌صورت گروهی تحت آموزش قرار گرفتند. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در تکانشگری، درمان‌های غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد با گروه کنترل، تفاوت معنادار دارند ($p < 0/01$)، ولی بین سه درمان با یکدیگر در کاهش تکانشگری، تفاوت معناداری وجود ندارد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان داد درمان‌های غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد از زمره درمان‌هایی هستند که می‌توانند تکانشگری نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری را کاهش دهند.

* نویسنده مسئول: محسن

گل‌پرور

نشانی: گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
تلفن: ۳۵۲۵۴۰۰۱-۰۳۱

رایانامه:

drmgolparvar@gmail.com

شناسه ORCID: 0000-0002-1425-5480

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0001-5289-4374

کلیدواژه‌ها:

درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، درمان شناختی- رفتاری، درمان پذیرش و تعهد، تکانشگری، نوجوانان.

مقدمه

که در دهه‌های اخیر انجام گرفته نشان می‌دهد بر تعداد نوجوانانی که نشانه‌های آسیب‌شناسی رفتاری یا هیجانی را در خویش بروز می‌دهند افزوده می‌شود و در صورتی که نوجوان نتواند به‌طور

نوجوانی^۱ از پرماجرترین دوره‌های زندگی آدمی است. مطالعاتی

I Adolescent

Copyright © 2021 Sabzevar University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution- Non Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Published by Sabzevar University of Medical Sciences.

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۸، شماره ۵، آذر و دی ۱۴۰۰، ص ۸۱۳-۸۰۰

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

احساس ترس می‌کنند؛ بنابراین به‌آسانی شارژ می‌شوند و بدون اینکه خودشان متوجه شوند از حالت سکون به حالت فوق‌فعال تغییر حالت می‌دهند. درمان غیرفعال‌سازی حالت (MDT) به‌صورت 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 (۱۰). درمان غیرفعال‌سازی حالت بر این مطلب تأکید دارد که سیستم خانوادگی در تجارب و نحوه ارزیابی برآشفتگی‌های درونی نوجوانان و ناکارآمدی‌های آنان تأثیر دارد و می‌تواند نقش مهمی را در رابطه با ایجاد تغییرات بادوام ایفا کند (۱۱).

در کنار درمان حالت خانواده‌محور، درمان شناختی- رفتاری برای حل و فصل 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 داوری فرد به برآشفتگی روان‌شناختی و رفتار ناکارآمد منتهی می‌شود، 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 (۱۲). درمان پذیرش و تعهد نیز با تلفیق راهبردهای کلیدی پذیرش و ذهن آگاهی برای اثرگذاری بر تغییر رفتار از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پدید آمده است (۱۳). 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 به‌عنوان بخشی طبیعی از زندگی، ادراک و پذیرفته شوند (۱۴).

در حمایت از اثربخشی درمان فعال‌سازی حالت خانواده‌محور، سوارت و آپشه^۵ در مجموعه مطالعات متوالی خود در سال ۲۰۱۴ دریافتند درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور برای نوجوانان دارای مشکلات رفتاری، مؤثرتر از درمان‌های معمول بوده است (۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸). در خصوص اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان پذیرش و تعهد نیز گروهی از محققان دریافتند این دو درمان با تمرکز خانواده بر کاهش تکانشگری نوجوانان تأثیر معناداری دارد (۱۹، ۲۰ و ۲۱). نظریه‌پردازان و درمانگران مطرح طی سال‌های اخیر تلاش کرده‌اند تا در کنار درمان‌های شناختی- رفتاری، درمان‌های جایگزین برای نوجوانان دارای مشکلات رفتاری و خانواده‌های آن‌ها مطرح کنند. درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، یکی از این رویکردهای درمانی نوین برای نوجوانان و خانواده‌های آن‌ها است که شرح و توصیف آن ارائه شد (۱۱). این

مؤثری با آن‌ها برخورد کند، منجر به شروع یا تشدید پاره‌ای مشکلات رفتاری می‌گردد (۱). خانواده، مهم‌ترین عاملی است که در شکل‌گیری یا حفظ مشکلات رفتاری نقش دارد. خانواده‌هایی که در آن‌ها هم‌سوایی ولدین، ابراز عواطف و ارلئه حملیت در آن وجود ندارد از کارکرد مناسبی برخوردار نیستند و می‌توانند منجر به بروز مشکلات رفتاری گوناگونی گردند (۲). برای بسیاری از روان‌شناسان که با آسیب‌شناسی روانی نوجوانان سروکار دارند، تکانشگری یکی از مفاهیم عمده روان‌شناختی به‌شمار می‌رود.

تکانشگری^۱ مفهومی چند بعدی است که به‌صورت گرایش به واکنش سریع و بدون توجه به عواقب آن تعریف می‌شود (۳). تکانشگری منجر به رفتارهایی می‌شود که از لحاظ اجتماعی، نامناسب و ناسازگار^۲ است (۴، ۵). کیفیت روابط والدین خصوصاً رابطه مادر و نوجوان نقش تعیین‌کننده‌ای در بهداشت روان نوجوان دارد. از تأثیرات منفی ارتباط نامناسب والدین- نوجوان می‌توان به مشکلات رفتاری و مشکلات هیجانی نوجوانان از جمله تکانشگری اشاره کرد. رهنمودهای درمانی توصیه می‌کنند که در کار با نوجوانانی که دچار مشکلات رفتاری از جمله تکانشگری هستند، ارجح‌ترین درمان‌ها، مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور هستند (۶). درمان خانواده‌محور بدون سرزنش والدین یا نوجوان و برچسب زدن به آن‌ها به‌عنوان سیستم خانواده ناکارآمد، با خانواده وارد گفتگو می‌شود (۷، ۸).

در مطالعه حاضر از طیف درمان‌های مختلف روان‌شناختی، بر درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور^۳ در کنار درمان شناختی- رفتاری^۴ و درمان پذیرش و تعهد^۵ تمرکز شده است. درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور (FMDT) به‌عنوان یک درمان موج سوم برای نوجوانان دارای مشکلات رفتاری و خانواده‌های آنان پدید آمده است. در این نوع درمان، ترکیب منحصربه‌فردی از فنون غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، ارزیابی، روشن‌سازی و جهت‌دهی مجدد باورهای بنیادین، پذیرش و ذهن آگاهی در مسیر حذف رفتارهای مشکل‌آفرین استفاده می‌شود (۹). درمان غیرفعال‌سازی حالت^۶ (MDT) در هسته مرکزی خود مبتنی بر تئوری مدهاست که اولین بار یک در سال ۱۹۹۶ بیان کرد. یک، مد را شبکه‌ای از شناخت، عاطفه، محرک‌ها و عناصر رفتاری می‌داند که در شخصیت فرد یکپارچه شده و در موقع روبه‌رو شدن با تنش فعال می‌شوند. نوجوانان دارای مشکلات رفتاری، وقتی خطری واقعی یا غیرواقعی را درک می‌کنند، در حالت آماده‌باش شدید و حساسیت به فعال شدن مدها قرار می‌گیرند و شدیداً

5 Acceptance and Commitment Therapy
6 Mode Deactivation Treatment
7 Swart & Apsche

1 Impulsivity
2 Maladaptive
3 Family Mode Deactivation Treatment
4 Cognitive-Behavioral Therapy

رویکرد درمانی در خارج از ایران معرفی شده و در ایران تاکنون تحقیقات گسترده درباره اثربخشی این رویکرد درمانی انجام نشده است. در همین راستا سؤال پژوهش حاضر این بود که آیا درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور (FMDT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر تکانشگری هیجانی نوجوانان دختر ۱۴ تا ۱۸ سال دارای مشکلات رفتاری، اثربخش است؟

۲. مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر روش یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح چهار گروهی شامل گروه‌های درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، شناختی-رفتاری، پذیرش و تعهد و یک گروه گواه با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق به شماره IR.IAU.KHUISF. REC.1397.231 است. جامعه آماری پژوهش را مادران ۱۲۰ نوجوان دختر ۱۴ تا ۱۸ ساله دارای مشکلات رفتاری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و درمان روان‌شناختی شهر اصفهان در تابستان سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از میان جامعه آماری، مادران ۶۰ نوجوان، به روش نمونه‌گیری در دسترس بر مبنای ملاک‌های ورود انتخاب گردیدند و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در چهار گروه ۱۵ نفری قرار داده شدند. شرکت‌کنندگان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو ماه بعد از پس‌آزمون) به پرسش‌نامه تکانشگری پاسخ دادند. درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، 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 و آموزش تحت درمان قرار

گرفتند.

پرسش‌نامه تکانشگری بارت^۱: تکانشگری از پرسش‌نامه بارت ویرایش یازدهم که تاکنون در کشورهای مختلف استفاده شده (۲۲) سنجش گردید. این پرسش‌نامه دارای ۳۰ پرسش و سه حوزه تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و نداشتن برنامه‌ریزی را می‌سنجد. سؤالات این پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت هیچ=۱ تا بسیار زیاد=۴ امتیازدهی می‌شود و افزایش امتیازات به معنای افزایش سطح تکانشگری است. روایی این پرسش‌نامه در ایران از طریق بررسی همبستگی هر عامل با نمره کل بررسی و تأیید شده است. ضریب آلفای کرونباخ نیز به‌عنوان شواهدی از پایایی این پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۱ و پایایی بازآزمایی نیز برابر با ۰/۷۷ به‌دست آمده است (۲۳). در مطالعه حاضر، آلفای این پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۴ به‌دست آمد.

درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، برای اولین بار برای این پژوهش مبتنی بر درمان معرفی شده سوارت و آپشه (۲۰۱۴) استفاده شد (۱۵). برای اطمینان از تناسب بسته درمانی استفاده شده برای اولین بار، طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) تأثیر درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور بر متغیر تکانشگری بررسی و تأیید گردید. درمان شناختی-رفتاری در این مطالعه مبتنی بر بسته‌های درمانی بارکلی و همکاران^۲ (۲۰۰۹) (۲۴) و درمان پذیرش و تعهد نیز مبتنی بر بسته درمانی هیس و استروسال^۳ (۲۰۱۰) (۱۳) اجرا شد. با توجه به استفاده و ارائه مکرر دو درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد در مطالعات قبلی، خلاصه محتوای جلسات درمان فعال‌ساز حالت خانواده‌محور (FMDT) در سه جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور (FMDT)

جلسه	عنوان جلسه	شرح اختصاری جلسه
اول	آشنایی گروهی، معرفی قواعد دوره‌های درمانی همراه با آموزش روانی در حوزه نشانه‌های مشکلات، پیش‌آزمون	۱. آگاه‌سازی شرکت‌کنندگان ۲. تأکید 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 پیش‌آزمون
دوم	سنجش عوامل تأثیرگذار بر مشکلات رفتاری، هیجانی و شناختی مادر و نوجوان	۱. تیپ‌شناسی ۲. سنجش هراس‌ها ۳. پرسش‌نامه باورهای هسته‌ای ترکیبی
سوم	مفهوم‌سازی مشکلات رفتاری	۱. داده‌های مربوط به دوران کودکی ۲. داده‌های رفتاری ۳. تشخیص‌ها
چهارم	مفهوم‌سازی مشکلات شناختی	۱. گوش کردن فعال و دقیق همگام با مشارکت دادن مراجع در مراحل مختلف مفهوم‌سازی
		۲. تشویق مراجع به افشا و مشارکت در درمان از طریق پذیرش و اعتباربخشی به

1 Barrat Emotional Impulsivity Questionnaire

2 Barkley, Robin & Benton

3 Hayes & Strosahl

جلسه	عنوان جلسه	شرح اختصاری جلسه
پنجم	مفهوم‌سازی مشکلات هیجانی	۱. جایگزین کردن رفتارهای ناکارآمد با رفتارهای سالم‌تر ۲. متوازن‌سازی باورها ۳. واقعیت‌های ذهنی او ۳. ارتباط بین تجارب گذشته، باورها و رفتارها از طریق مفهوم‌سازی.
ششم	درمان مشکلات عاطفی و هیجانی	۱. تنفس متمرکز کوتاه ۲. تمرین تنفس آگاهانه
هفتم	درمان مشکلات عاطفی و هیجانی طی فرایند پذیرش	۱. استعاره دونات ژله‌ای ۲. استعاره اتوبوس
هشتم	درمان مشکلات عاطفی و هیجانی طی فرایند گسلش هیجانی	تکنیک خود به‌عنوان فرایند، نظارت بدون قضاوت، تکنیک توصیف تجربیات درونی، تکنیک توجه به احساسات و نام‌گذاری آنها
نهم	درمان مشکلات شناختی طی فرایند گسلش شناختی	استعاره مهمان
دهم	پایان درمان و ایجاد تعادل در افکار	۱. اعتباربخشی ۲. تصریح ۳. جهت‌دهی مجدد ۴. پیوستار و باورهای متوازن ۵. تنفس ذهن آگاهانه

در تحلیل آماری داده‌ها، پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش‌فرض کرویت از طریق آزمون ماکلی (ماچلی)، از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

۳. یافته‌ها

چهار گروه پژوهش از نظر سن، پایه تحصیلی و تحصیلات پدر و مادر از طریق آزمون کای اسکور، مقایسه شدند. نتیجه این تحلیل نشان داد که در متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد اشاره چهار گروه پژوهش، تفاوت معناداری وجود ندارند. پیش از اجرای

تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد در سه مؤلفه تکانشگری 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 رعایت کرویت از طریق آزمون ماکلی (ماچلی) رعایت پیش‌فرض کرویت را تأیید نکرد ($p < 0.05$). در این مورد نتایج مربوط به ردیف گرین‌هاوس گیزر گزارش شد. نتایج بررسی میانگین سه مؤلفه تکانشگری شامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و نداشتن برنامه‌ریزی نشان داد که در سه گروه درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، شناختی-رفتاری، پذیرش و تعهد و گروه کنترل (گواه) کاهش وجود دارد (جدول ۴).

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های تکانشگری 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
تکانشگری شناختی				
پیش‌آزمون	۳/۲۰ \pm ۹۴/۶۷	۳/۱۸ \pm ۸۵/۱۳	۴/۱۷ \pm ۳۵/۰۷	۲/۲۵ \pm ۴۵/۲۰
پس‌آزمون	۴/۲۰ \pm ۲۰/۶۷	۲/۱۴ \pm ۵۶/۵۳	۳/۱۴ \pm ۸۶/۷۳	۲/۱۰ \pm ۱۳/۵۳
پیگیری	۴/۲۰ \pm ۱۴/۸۰	۲/۱۴ \pm ۵۰/۶۷	۳/۱۴ \pm ۸۶/۷۳	۲/۱۰ \pm ۰۴/۲۳
تکانشگری حرکتی				
پیش‌آزمون	۴/۱۹ \pm ۱۵/۴۷	۳/۱۵ \pm ۶۷/۹۳	۳/۱۵ \pm ۵۵/۰۷	۲/۲۳ \pm ۳۷/۲۷
پس‌آزمون	۳/۲۰ \pm ۴۴	۲/۱۳ \pm ۱۸/۲۰	۳/۱۳ \pm ۸۲/۰۷	۲/۱۱ \pm ۱۱/۵۷
پیگیری	۳/۲۰ \pm ۸۴/۰۷	۲/۱۳ \pm ۱۸/۲۰	۳/۱۳ \pm ۸۱/۱۳	۱/۱۱ \pm ۶۶/۱۷
عدم برنامه‌ریزی				
پیش‌آزمون	۳/۲۱ \pm ۸۸/۰۷	۳/۱۷ \pm ۶۹/۹۳	۳/۱۵ \pm ۴۸/۹۷	۲/۲۵ \pm ۰۲/۲۷
پس‌آزمون	۴/۲۱ \pm ۰۱/۳۳	۲/۱۳ \pm ۶۰/۲۷	۳/۱۵ \pm ۹۵	۲/۱۰ \pm ۴۴/۸۷

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	میانگین \pm انحراف معیار
پیگیری	۴/۲۱ \pm ۱۰/۰۷	۲/۱۳ \pm ۶۰/۲۷	۴/۱۴ \pm ۰۳/۹۳	۲/۱۰ \pm ۲۰/۶۰

برای مقایسه چهار گروه پژوهش در تکانشگری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان داد که در عامل گروه ($F=16/63$ و $p<0/01$)، در عامل زمان ($F=150/81$ و $p<0/01$) و در تعامل زمان و گروه ($F=65/38$ و $p<0/01$) بین حداقل دو گروه از چهار گروه پژوهش، تفاوت

معناداری وجود دارد. به معنای دیگر، تفاوت در عامل زمان و تعامل زمان با عضویت گروهی در تکانشگری حاکی از آن است که حداقل بین یکی از سه درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد با گروه کنترل (گواه) تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای تکانشگری

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور سهمی	توان آزمون
عامل گروه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل یا گواه)							
گروه	۳۱۰۳/۵۳	۳	۱۰۳۴/۵۱	۱۶/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱
خطا	۳۴۸۲/۹۷	۵۶	۶۲/۲۰	-	-	-	-
عامل زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تعامل زمان و گروه (گرین‌هاوس-گیزر)							
زمان	۲۶۸۱/۱۶	۱/۰۱	۲۶۴۱/۱۷	۱۵۰/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
تعامل زمان و گروه	۳۴۸۷/۱۶	۳/۰۴	۱۱۴۵/۰۵	۶۵/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱
خطا	۹۹۵/۵۷	۵۶/۸۴	۱۷/۵۴	-	-	-	-

برای تعیین تفاوت جفتی گروه‌های سه‌گانه پژوهش، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که در تکانشگری، درمان‌های غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند ($p<0/01$)، ولی بین سه درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>0/05$).

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، درمان شناختی- رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر تکانشگری نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری اجرا و نتایج نشان داد که سه درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور، شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد بر تکانشگری نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری دارای اثربخشی معنادار هستند ولی بین سه درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتایج این پژوهش با مطالعات مردانی کرانی و همکاران (۱۹) مبنی بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر خانواده بر کاهش تکانشگری نوجوانان، مستأجران گورتانی و همکاران (۲۰) مبنی بر

تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری و قمری گیوی و همکاران (۲۱) مبنی بر تأثیر درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر خانواده بر کاهش تکانشگری و تنظیم هیجان نوجوانان دختر هم‌سو است. همچنین نتایج مطالعه حاضر در خصوص اثربخشی درمان فعال‌سازی حالت خانواده‌محور بر تکانشگری دختران نوجوان دارای مشکلات رفتاری، با یافته‌های سوارت و آپشه (۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸) مبنی بر این که اثربخشی درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور بر نوجوانان دارای مشکلات رفتاری و آسیب‌های پیچیده، مؤثرتر از درمان‌های معمول است، ناهم‌سو می‌باشد. در خصوص این ناهم‌سویی در بدو امر باید گفت که درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور 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 صورت‌بندی کرده است پس نباید آن را در تضاد مستقیم با سایر رویکردها از جمله درمان شناختی- رفتاری و درمان پذیرش و تعهد دانست (۲۵).

در تبیین نتایج مربوط اثربخشی درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور باید گفت تنظیم هیجان که رابطه تنگاتنگی با تکانشگری و کنترل آن دارد، به توانایی فهم هیجانات و تعدیل

شتاب زده و ناخواسته در برابر محرک‌های درونی یا بیرونی، بدون توجه به پیامدهای منفی این اعمال برای خود یا دیگران اقدام نکنند. همچنین، درمان شناختی- رفتاری به شناسایی افکار، باورها و معناهایی می‌پردازد که وقتی افراد هیجان زده می‌شوند و احساس خوبی ندارند، فعال می‌شوند. از دیدگاه شناختی- رفتاری، افراد تکانشی در مراحل پردازش اطلاعات هیجانی مشکل دارند. این افراد معمولاً اسنادهای کینه‌توزانه دارند و از مهارت‌های سازگاران حل مسئله برخوردار نیستند و هنگامی که از نظر فیزیولوژیکی برانگیخته می‌شوند، به صورت تکانشی عمل می‌کنند. مداخلات شناختی- رفتاری باعث افزایش خودآگاهی و ایجاد انگیزه در راستای اعمال کنترل شناختی، حرکتی و برنامه‌ریزی بر رفتار، کلام و اعمال نوجوان می‌شود؛ زیرا آن‌ها متوجه می‌شوند که تنها محرک‌های بیرونی، آغازگر عدم کنترل شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی در آنان نیست بلکه نوع برداشت و دیدگاهی که خود فرد دارد هم می‌تواند در بروز واکنش‌های تکانشگرانه دخیل باشد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تکانشگری نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری، می‌توان گفت که این درمان نیز به مادر جهت عدم اجتناب از احساس‌ها و هیجان‌های منفی که در اغلب پدیده‌های ناخوشایند روان‌شناختی از جمله تکانشگری دخیل هستند و این امر به نوبه خود باعث تکانشی عمل کردن در نوجوان نیز می‌شود، کمک شایان توجهی نموده است. تکانشگری را طبق این رویکرد می‌توان راهبردی اجتنابی (کوتاه مدت) برای رهایی از هیجان‌ها و احساسات ناخوشایند در نظر گرفت. در واقع دلیل تغییر و کاهش تکانشگری در نوجوانان ناشی از تغییر رابطه مادر با هیجان‌ها و احساسات منفی و عدم تلاش برای کنترل این حالات و تجارب خصوصی در وهله نخست و تمرکز بر اهداف و ارزش‌ها، به ویژه ایجاد رابطه ای مبتنی بر پذیرش نوجوان و تدوین برنامه اهداف و اقدام متعهدانه در راستای آن اهداف است (۲۷). به دیگر سخن مادران پس از شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تلاش بر کنترل و یا اجتناب از احساس‌ها و هیجان‌های منفی که قبلاً منجر به تکانشگری در نوجوان می‌شد، همراه با گشودگی و پذیرش با این هیجان‌ها و احساس‌ها تعامل می‌کند.

در مجموع مطابق با نتایج مطالعه حاضر باید گفت که درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی- رفتاری و درمان پذیرش و تعهد به مادران کمک نمودند تا با ارتباط کامل با زمان حال و ذهن آگاهی به تغییر رفتارها و افکار نادرستی که باعث اعمال تکانشی در نوجوان می‌شود، موجبات کاهش تکانشگری نوجوان دختر را فراهم نمایند. بنابراین پیشنهاد می‌شود تا سه

تجربه و ابراز هیجانات اشاره دارد. پدیده تنظیم هیجانی از اهمیت خاصی در رویکرد درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور (FMDT) برخوردار است. تنظیم هیجانی از طریق مشاهده، تقلید و ارجاع‌دهی اجتماعی در بافت خانواده آموخته می‌شود. از طرف دیگر ابراز‌گری‌ها و مدیریت‌های هیجانی صورت یافته توسط والدین بر تنظیم هیجانی نوجوان تأثیر می‌گذارد. در نهایت سبک فرزندپروری، رابطه دلبستگی، ابراز‌گری‌های خانوادگی و روابط زناشویی جو هیجانی خانواده را رقم می‌زند که از تأثیری مستقیم بر سبک‌های مقابله‌ای اتخاذ شده از سوی نوجوان برخوردار است (۲۶). نوجوانان دارای مشکلات رفتاری به علت یاد نگرفتن روش‌های درس، توانایی انتظار کشیدن ندارند و بدون توجه به پیامدهای احتمالی، دست به انجام کاری بزنند و از لحاظ اجتماعی، منزوی و از لحاظ روانی، آسیب‌پذیر باشند. درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور از طریق سازوکارهای خود با تقویت مهارت کنترل تکانه که متضمن خودنظارتی، خودارزیابی و خودتقویتی است می‌تواند موجب گردد که افراد مهارت‌های بیان شده را در خود تقویت کنند و بدون نیاز به کمک دیگران، تکالیف خود را انجام دهند و از عهده مسؤولیت‌های اجتماعی برآیند (۲۳). از طرف دیگر، افزایش بهره‌مندی والدین و خصوصاً مادر از مهارت‌های تنظیم هیجانی در فراوانی تجربه هیجانات مثبت و سازگاری با موقعیت‌های استرس‌زایی همچون برخورد با نوجوان مؤثر است و فعالیت‌های هدفمند در پاسخ‌های سازنده به موقعیت‌های چالش‌انگیز را افزایش می‌دهد.

تبیین دیگر این که فرایند درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده‌محور (FMDT) به این شکل است که موجب می‌شود تا هیجان‌ها با بافت‌های موقعیتی، ماشه‌چکان‌ها، باورها و رفتارها ممزوج و از این طریق مجموعه از باورها و رفتارها شکل داده می‌شوند. سپس نسبت به جهت‌دهی توجه که با استفاده از فرایند ذهن آگاهی تسهیل می‌شود، درمان ادامه می‌یابد. پس ذهن آگاهی موجب تسهیل تنظیم هیجانی در کل فرایند درمان می‌گردد و با کاهش دادن مؤثر هیجانات منفی، جایگزین‌های کارکردی قابل استفاده مشخص می‌شوند. بدین ترتیب مادر با شناخت هیجان‌های خود و مدیریت آن‌ها به صورت کارآمد می‌تواند تکانشگری را در نوجوان کاهش دهد.

از طرف دیگر، اجرای درمان شناختی- رفتاری برای مادر، کاهش تکانشگری هیجانی نوجوان را در مطالعه حاضر در پی داشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان شناختی- رفتاری به مادر و به تبع آن به نوجوان کمک می‌کند تا برای به دست آوردن خواسته‌های مطلوبشان به سرعت واکنش نشان ندهند و

خانواده‌محور (FMDT) در مقاطع سنی دیگر و در میان پسران نیز بررسی گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله دکتری روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) است. از کلیه نوجوانان و خانواده‌های آن‌ها و هم‌چنین کلیه مراکزی که با همکاری خود اجرای این پژوهش را امکان‌پذیر نمودند، قدردانی می‌شود.

References

- [1]. Benaroux 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 Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015; 9(1): 41.
- [2]. Matejevic M, Jovanovic D, Ilic M. Patterns of family functioning and parenting style of adolescents with depressive reactions. *Procedia-Soc Beh Sci*. 2015; 185: 234-9.
- [3]. Strasser Es, Hafner P, Fiebig J, Quinlivan E, Adli M, Stamm Tj. Behavioral measures and self-report of impulsivity in bipolar disorder: No association between Stroop test and Barratt impulsiveness scale. *Int J of Bipolar Disord*. 2016; 4(16): 1-10.
- [4]. Zisner A, Beauchaine TP. Neural substrates of trait impulsivity, anhedonia, and irritability: Mechanisms of heterotypic comorbidity between externalizing disorders and unipolar depression. *Dev Psychopathol*. 2017; 28(4pt1): 1177-1208.
- [5]. Ryb GE, Dischinger PC, Kufera JA, Read KM. Risk perception and impulsivity: association with risky behaviors and substance abuse disorders. *Accid Anal Prev*. 2016; 38(20): 567-73.
- [6]. Merikangas K R, He J P, Burstein M, Swanson S A, Avenevoli S, Cui L. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 49(22): 980-89.
- [7]. Katzman, DK, Peebles R, Sawyer SM, Lock J, Grange DL. The role of the pediatrician in family-based treatment for adolescent eating disorders: Opportunities and challenges. *J Adolesc Health*. 2017; 53(3): 433-40.
- [8]. Stark K D, Banneyer K N, Wang L A, Arora P. Child and adolescent depression in the family. *Couple Family Psychol*. 2019; 1(3): 161-84.
- [9]. Apsche JA, Bass CK, Backlund B. Mediation analysis of mode deactivation therapy (MDT). *Behav Anal Today*. 2012; 13(2): 2-10.
- [10]. Javadi S, Golparvar M, Izadi R. Family mode deactivation therapy: Treatment for adolescent behavioral problems. *Pajouhan Scientific Journal*. 2020; 19(1): 1-8. (Persian)
- [11]. Swart J, Apsche JA. Family mode deactivation therapy (FMDT): A randomized controlled trial for adolescents with complex issues. *Int J Behav Consult Ther*. 2014; 9(1): 14-22.
- [12]. Hofmann SG. The future of cognitive behavioral therapy. *Cogn Ther Res*. 2021; 45: 383-84.
- [13]. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Science and Business Media LLC; 2010.
- [14]. Hayes SC, Lillis J. Acceptance and commitment therapy. Massachusetts, USA: American Psychological Association; 2012.
- [15]. Swart J, Apsche JA. A comparative study of mode deactivation therapy (MDT) as a superior treatment of adolescents with suicidal and parasuicidal behaviors. *Int J Behav Consult Ther*. 2014a; 9(3): 25-35.
- [16]. Swart J, Apsche J A. Family mode deactivation therapy (FMDT) as a contextual treatment. *Int J Behav Consult Ther*. 2014b; 9(1): 30-7.
- [17]. Swart J, Apsche J A. Family mode deactivation therapy (FMDT) mediation analysis. *Int J Behav Consult Ther*. 2014c; 9(1): 1-13.
- [18]. Swart J, Apsche J A. Mindfulness, mode deactivation, and family therapy: A winning combination for treating adolescents with complex trauma and behavioral problems. *Int J Behav Consult Ther*. 2014d; 9(2): 9-14.
- [19]. Mardani Karani J, Nazari Sarmazeh F, Sayyadi Shahraki Z, Omidian Dehkordi M. The effectiveness of admission and commitment group therapy on decreasing impulsivity and high risk behaviors of secondary school students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2020; 8(12): 21-30. (Persian)
- [20]. Mostaegeran Gortani, Saeedmanesh M, Azizi M. The effect of acceptance and commitment-enhanced treatment on compassion on emotional regulation in badly Adolescent Girls. 4th International Conference on New Research in Educational Sciences, Psychology, and Social Studies in Iran, 2020. (Persian)
- [21]. Ghamari Givi H, Shaykh al-Islami A, Adel Z. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on emotional control of aggressive adolescents. Second National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Studies, Tehran, Soroush Hekmat Mortazavi Islamic Studies and Research Center, Mehr Arvand Higher Education Institute, Center for Achieving Sustainable Development; 2015. (Persian)
- [22]. Tsatali M, Moraitou D, Papantoniou G, Foutsitzi E, Bonti E, Kougioumtzis G, Ntritsos G, Sofologi M, Tsolaki M. Measuring impulsivity in Greek adults: Psychometric properties of the Barratt impulsiveness scale (BIS-11) and impulsive behavior scale (Short Version of UPPS-P). *Brain Sci*. 2021; 11: 1007.
- [23]. Raeisi Nasehi S, Dehghani A, Moradi Manesh F, Haghayegh S. The prediction of health promoting lifestyle based on sense of coherence, psychological flexibility and impulsivity in cardiovascular disease patients with obesity. *Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*. 2020; 9(33): 1-13. (Persian)
- [24]. Barkley RA, Robin AL, Benton CM. Your defiant teen: 10 steps to resolve conflict and rebuild your relationship. 2ed edition, New York, NY: Guilford Press. 2013.
- [25]. Dawe S, Gullo MJ, Loxton NJ. Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as "all-bad"? *Neurosci Biobehav Rev*. 2018; 32(7): 1507-18.
- [26]. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Myers SS, Robinson LR. The role of the family context in the development of emotion regulation. *Soc Dev*. 2019; 16(1): 361-88.
- [27]. Hayes L, Rose J. [Acceptance and commitment therapy: Using art for Adolescents]. Translation by Fatemeh Rangamiz Tusi & Hossein Hadi: Fara Angzesh Press; 2020.