

بررسی اثربخشی گروه درمانی چند خانوادگی بر حل تعارضات والدین - فرزندان و کاهش پرخاشگری نوجوانان دختر ۱۴-۱۵ ساله شهر مشهد

زهرا ودادیان^۱

بهرام علی قنبری هاشم آبادی^۲

علی مشهدی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۰/۹/۲۵

تاریخ وصول: ۹۰/۳/۱۴

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی چند خانوادگی بر حل تعارض والدین و نوجوانان و کاهش پرخاشگری فرزندان انجام شد. روش تحقیق از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه و اندازه گیری مکرر بود. نمونه پژوهش، شامل ۲۵ نوجوان دختر ۱۴-۱۵ ساله به همراه والدینشان بودند که بصورت داوطلب از میان دیگر نوجوانان مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی نواحی ۴ و ۶ آموزش و پرورش انتخاب شدند. در این پژوهش به منظور جمع‌آوری داده‌های اولیه از مصاحبه بالینی، جهت سنجش میزان تعارضات از مقیاس رتبه بندی والد کودک (PCRS)^۴ و برای ارزیابی میزان پرخاشگری

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

نوجوانان، از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (AQ)^۱ استفاده شد. از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD، برای مقایسه میانگین‌ها استفاده شد. نتایج حاکی از اثربخشی گروه درمانی با چند خانواده بر حل تعارضات میان والدین و نوجوانان بود ($P < 0/05$). نتایج نشان دادند که گروه درمانی با چند خانواده در مقایسه با دو گروه کنترل دیگر، عاطفه مثبت و گفت و شنود میان نوجوانان و والدینشان را به صورت معناداری افزایش داده است ($P < 0/05$). با اینحال، فرض تأثیر گروه درمانی در کاهش پرخاشگری نوجوانان از لحاظ آماری ($P < 0/05$) مورد تأیید واقع نشد.

واژگان کلیدی: گروه درمانی چند خانواده‌ای، تعارض والد - نوجوان، نوجوان.

مقدمه

نوجوانی دوره انتقالی است که در آن فرد از امنیت کودکی به سوی مسئولیت‌پذیری و امتیازات بزرگسالی حرکت می‌کند (موگلر^۲، ۲۰۰۹). این دوران، دوره انرژی و رشد شگفت‌انگیز است. نوجوان به شکلی حیرت‌آور و متفاوت فکر می‌کند. او در اوج سلامت جسمی خود قرار گرفته است. از دنیای کودکی خارج شده و با دنیایی مملوء از واسطه‌ها و آموزه‌ها سرو کار پیدا کرده است. او در میان شبکه اجتماعی گسترده - خانواده، مدرسه، دوستان، خویشاوندان، همسایگان، رسانه‌ها و... مدام مشاهده می‌کند و به ذهن می‌سپارد. او در پی کشف خود است. باید بتواند در این دنیای جدید، بدون کمک دیگران به تعادل برسد، هویت خود را شکل دهد و بتدریج استقلال پیدا کند (لیسر، نیکوترا و جنسون^۳، ۲۰۱۰؛ دیاز، ۲۰۰۹؛ فارهت و همکاران، ۲۰۱۰). باید بتواند با ایجاد ارتباطی کارآمد با والدین، هویت جنسی، اجتماعی، شناختی و خانوادگی جداگانه‌ای شکل داده و از زیر چتر حمایتگر والدین خارج شود. مشکلی که اکثر نوجوانان در

1. Aggression Questionnaire
2. Mogler
3. Laser, Nicotera & Jenson

این مسیر با آن مواجه هستند این است که آنها خودمختاری و استقلال را در درون خانواده و از والدین می‌خواهند. به بیان دیگر، آنها در عین وابستگی، انتظار آزادی عمل و رفتارهای مستقلانه دارند. همین امر، نقش والدین در تعیین میزان خودمختاری نوجوان را برجسته می‌سازد. خانواده نخستین نظامی است که کودک در آن قرار می‌گیرد؛ نظامی که در آن اعضا ارتباط متقابل دارند و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. عنصر هسته‌ای در یک تعامل سالم، برقراری یک رابطه اثربخش است که به ایجاد رفتارهای مطلوب که منجر به ایجاد تعاملی رضایت بخش و شاد می‌شود، کمک می‌کند. بنابراین، ارتباطات اثربخش در خانواده، شالوده انسجام و ثبات آن خانواده محسوب می‌شود (آسونی بار و اولونیر و جوآروا^۱، ۲۰۰۶). زمانی که کودک وارد دوره نوجوانی می‌شود، ارتباطات خانوادگی به کلی دگرگون شده و شکل جدیدی به خود می‌گیرند (اکوی^۲، ۱۹۹۲ به نقل از آسونی بار و اولونیر و جوآروا، ۲۰۰۶).

تلاش فزاینده نوجوان برای دستیابی به خودمختاری می‌تواند منجر به افزایش تعارضات والد - فرزندی در اوایل نوجوانی (فینکوآرت و همکاران، ۲۰۰۲) و ایجاد احساسات منفی در طول نوجوانی (لارسن، کوی و کالینز^۳، ۱۹۹۸) شود. این تعارضات عمدتاً به واسطه انتظارات متفاوت والد و فرزند در مورد رفتار مناسب، مسئولیت‌پذیری، استقلال و انجام وظایف ایجاد می‌شوند (به نقل از پیرسون^۴، ۲۰۰۵). تحقیقات بسیاری رابطه تعارضات والد-نوجوان با عملکرد رفتاری و روان‌شناختی نوجوان را مورد بررسی قرار داده‌اند. برخی از این مطالعات اظهار داشتند که تعارضات والد-نوجوان پیش بین رفتارهای مشکل‌دار در نوجوان است (برای مثال نگاه کنید به باربر و دلفابرو^۵، ۲۰۰۰) برخی دیگر رفتارهای مشکل‌دار نوجوان را دلیل تعارضات والد نوجوان برشمردند (برای مثال نگاه کنید به باربر^۶، ۱۹۹۴) و گروه سوم نیز،

-
1. Asonibare & Olowonirejuaro
 2. Ekve
 3. Larsen, Coy & Collins
 4. Pearson
 5. Delfabbro & Barber
 6. Barber

ارتباط دوسویه‌ای میان رفتارهای مشکل‌دار نوجوان و تعارضات والد-نوجوان قائل شدند (به نقل از برانجی^۱، ۲۰۰۹). برای مثال، شک^۲ (۱۹۹۸ به نقل از پیرسون، ۲۰۰۵) در مطالعه طولی که بر روی خانواده‌های چینی مقیم هنگ‌کنگ انجام داد گزارش کرد که آرامش روان کم در نوجوان، پیش بین معناداری برای بروز تعارضات شدید خانوادگی و ایجاد احساس گناه بیشتر در نوجوان و نیز تعارضات شدید، دلیل آرامش روان کم در نوجوان و خانواده او است. هنگامی که ناهماهنگی در رفتار نوجوان رخ می‌دهد، چه این ناهماهنگی در نتیجه تعارضات درون خانوادگی بوده باشد یا علت آنها، سؤال اینجاست که اکنون چه باید کرد؟ در حال حاضر رویکردها و برنامه‌های درمانی متنوعی برای کودکان و نوجوانان با مشکلات متفاوت وجود دارد. عمده این مداخلات شامل مشاوره فردی، خانواده درمانی و گروه درمانی می‌باشند (دنسون^۳، ۲۰۰۵؛ هازل و همکاران^۴، ۲۰۰۴). از این میان خانواده درمانی به جهت سهم قابل ملاحظه خانواده در ابعاد اجتماعی، هیجانی، بین فردی، اقتصادی و فرهنگی در زندگی فرزندان در پیشینه پژوهشی کار با کودک و نوجوان در بسیاری از اختلالات، بیشتر از دیگر درمان‌ها مقبولیت یافته است (فرنچ و همکاران^۵، ۲۰۰۸؛ اسکافر^۶، ۲۰۰۸). مطالعات تجربی در حوزه خانواده درمانی، نتایج مثبت این رویکرد در درمان مشکلات خوردن (تورنرو و همکاران، ۱۹۹۴)، مشکلات اضطرابی (برت، راپی و دادز^۷، ۱۹۹۶)، بیش‌فعالی (برکلی و همکاران^۸، ۱۹۹۲)، اوتیسم (سندرز^۹، ۱۹۹۴) و دیگر مشکلات روزمره کودکان و نوجوانان را گزارش می‌کنند (به نقل از هاتسون و راپی^{۱۰}، ۲۰۰۵).

-
1. Branji
 2. Sheck
 3. Denison
 4. Hazel & et al
 5. French & et al
 6. Schaefer
 7. Barrett, Rapee & Dadds
 8. Barkley & et al
 9. Sanders
 10. Hudson & Rapee

گروه درمانی با چند خانواده، کیفیت درمانی منحصر به فردی است که در آن، دو یا چند خانواده در یک اتاق به همراه درمانگر آموزش دیده گرد هم آمده‌اند و مداخلات روانی-اجتماعی هدفمند و منظمی را بکار می‌برند (استون، مک کی و استوپس، ۱۹۹۶ به نقل از تورنگرن و کلیست^۱، ۲۰۰۲؛ اوشیا و فلینر، ۱۹۸۵ به نقل از دار و ایسلر^۲، ۲۰۰۰؛ بندی و مور^۳، ۲۰۰۸؛ اسوانک و دایر^۴، ۲۰۱۰). مک فارلن و همکاران (۱۹۹۵) به نقل از کو و همکاران^۵، (۲۰۱۰) در این رابطه اظهار می‌دارند این رویکرد به خانواده‌ها آموزش می‌دهد تا با مشکل خود مواجه شده، روش‌های حل مسئله مؤثرتر را بکار گیرند، آگاهی خود را در رابطه با مشکل ارتقا بخشیده و شبکه حمایت اجتماعی را گسترش دهند. مرور پیشینه پژوهشی کار با کودکان و نوجوانان، اثربخشی کاربرد مدل گروه درمانی با چند خانواده را در حوزه‌های مشکل مختلف، از قبیل موقعیت‌های بیمارستانی اثبات می‌کند. برای مثال، اسچپ و همکاران (۲۰۰۳) به نقل از مک دونالد و دیک، (۲۰۰۴) در دانشگاه واشنگتن، اثربخشی برنامه گروه درمانی چند خانوادگی را روی ۱۴۴ نوجوان ۱۴ تا ۱۹ ساله با اختلال اسکیزوفرن بررسی کردند. نتایج، بهبود تعاملات و افزایش آگاهی نسبت به بیماری و تحمل بیشتر علائم را در خانواده‌ها نشان داد. اوپرین و همکاران^۶ (۲۰۰۷) گروه درمانی با رویکرد مک فارلن را برای نوجوانان در خطر اختلالات روانپزشکی در لس آنجلس و کالیفرنیا به کار بردند. آنها بعد از پیگیری یک ساله، افزایش آرامش روان در میان اعضای خانواده و بیمار، کاهش علائم کلی بیمار (از ۹/۵ به ۵/۹۴)، افزایش همبستگی خانوادگی (از ۲۳/۲۹ به ۳۳/۲۹)، سازگاری بیشتر بیمار (از ۳۳/۷۱ به ۳۷/۱۴) و افزایش توانایی خانواده در مواجهه مؤثر با علائم بیماری (از ۲۲/۱۴ به ۲۷/۴۳) را گزارش کردند. مک کی و همکاران^۷ (۲۰۰۲) اثربخشی درمان گروهی با خانواده‌ها را با

1. Thorngren & Kleist
2. Dare & Eisler
3. Bandy & Moore
4. Swank & Daire
5. Chow & et al
6. O'brien
7. McKay & et al

خانواده درمانی مرسوم و درمان فردی در نوجوانان ۹ ساله افریقایی- امریکایی که تشخیص اختلال سلوک دریافت کرده بودند، مقایسه کردند. نتایج احساس مثبت والدین نسبت به درمان و کاهش معنادار مشکلات رفتاری در کودکان را نشان دادند. در همین رابطه، استون و همکاران^۱ (۱۹۹۶) به نقل از دیک و مک دونالد^۲ (۲۰۰۴) اثربخشی گروه درمانی چند خانواده‌ای را روی ۲۲ خانواده دارای حداقل یک فرزند با اختلال سلوک مورد بررسی قرار دادند. نتایج کاهش معنادار بیش‌فعالی، تکانشگری و رفتارهای مخرب را در کودکان نشان داد. هارد کستل (۱۹۷۷) به نقل از آلیسی و کورتومرجینز^۳ (۱۹۹۷) در مطالعه‌ای که روی خانواده‌ها با هدف کاهش مشکلات رفتاری فرزندان ۷ تا ۱۰ ساله انجام داد، کاهش رفتار منفی مادران را نسبت به گروه گواه گزارش نمودند. فرنچ و همکاران^۴ (۲۰۰۸) درمان فردی، خانواده درمانی، گروه درمانی شناختی رفتاری و گروه درمانی با چند خانواده را در درمان ۱۱۴ نوجوان معتاد (۲۴ دختر و ۹۰ پسر) ۱۳ تا ۱۷ ساله در نیو مکزیکو مقایسه کردند. نتایج، نشان دادند که مداخله خانواده چه به صورت مرسوم و چه بصورت گروهی در پیگیری ۴ ماهه از گروه درمانی‌های مرسوم مؤثرتر عمل کرد. بنابراین با توجه به اثربخشی گروه درمانی با چند خانواده در حوزه مشکلات کودکان و نوجوانان و اهمیت پرداختن به مسائل نوجوانان، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی با چند خانواده بر کاهش تعارضات میان والدین و فرزندان و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در نوجوانان می‌باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح تحقیقی آمیخته، با روش تحقیق شبه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و اندازه‌گیری مکرر اجرا شد.

-
1. Stone & et al
 2. McDonal & Dyck
 3. Alissi & Cortomergins
 4. French & et al

جامعه، نمونه مورد پژوهش و روش نمونه‌گیری

امعه آماری شامل کلیه خانواده‌های مراجعه کننده به کلینیک‌های نواحی ۴ و ۶ آموزش و پرورش شهر مشهد که شرایط شمول در طرح پژوهشی را داشتند، بود. ملاک‌های ورود خانواده‌ها به طرح پژوهشی، عبارتند بودند از: کسب نمره ۱۳ و پایین‌تر در مقیاس رتبه‌بندی والد- فرزند، حضور هر دو والد در خانواده، وضعیت اقتصادی متوسط یا بالاتر خانواده، درگیری والدین با نوجوان دختر. نمونه پژوهش حاضر، ۲۵ نوجوان به همراه والدینشان بودند. نمونه‌های حاضر در پژوهش به شیوه غیراحتمالاتی و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند. ابتدا از میان ۸۰۰ نوجوان و خانواده داوطلب در شرکت در برنامه پژوهشی، آزمون رتبه‌بندی والد- کودک بعمل آمد. سپس با ۱۵۰ نفر از خانواده‌هایی که نمرات کمتری را در آزمون کسب کرده بودند، مصاحبه شد. با توجه به شرایط و زمان برگزاری جلسات، ۲۵ نوجوان به همراه والدین برای شرکت در گروه‌ها، انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

۱- مقیاس رتبه‌بندی والد کودک (PCRS)

مقیاس رتبه‌بندی والد کودک، یک ابزار ۲۴ سؤالی است که توسط فاین، مورلند و شوبل^۱ برای سنجیدن نظر جوانان درباره رابطه آنها با والدینشان طراحی شده است. این مقیاس دارای دو فرم است؛ یکی برای سنجیدن رابطه فرزند با مادر و دیگری برای بررسی رابطه فرزند با پدر. فرم مربوط به پدر دارای خرده مقیاس‌های عاطفه مثبت^۲، آمیزش پدرانه^۳، ارتباط یا گفت و شنود و خشم و فرم مربوط به مادر دارای خرده مقیاس‌های عاطفه مثبت، آزرده‌گی، همانندسازی^۴ و ارتباط یا گفت و شنود می‌باشد. اعتبار مقیاس رتبه‌بندی والد- کودک، با ضرایب آلفای ۰/۸۹

1. Fine, Moreland & Schweble
2. Positive affect
3. father involvement
4. identification

تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس‌های مربوط به پدر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶ و ضرایب آلفای ۰/۶۱ تا ۰/۹۴ برای خرده مقیاس‌های مربوط به مادر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶، از همسانی درونی عالی برخوردار است (ثنایی، ۱۳۸۷).

۲- پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (AQ)

این پرسشنامه ۲۹ سؤالی چهار جنبه از پرخاشگری (فیزیکی، کلامی، خشم، خصومت) را می‌سنجد. پرسشنامه پرخاشگری پالایش شده پرسشنامه خصومت است که بیش از سی سال قبل توسط آرنولد باس تهیه شده است (سامانی، ۱۳۸۶). پرسشنامه پرخاشگری از همسانی درونی بسیار خوبی برخوردار است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳، و ۰/۷۷ و ضریب آلفای کل نمرات پرسشنامه ۰/۸۹ است. میانگین خرده مقیاس‌های پرسشنامه برای یک نمونه ۶۴۱ نفری از دانشجویان مونث نیز از این قرار بود: پرخاشگری فیزیکی ۱۷/۹ (۶/۶)، پرخاشگری کلامی ۱۳/۵ (۳/۹)، خشم ۱۶/۷ (۵/۸)، خصومت ۲۰/۲ (۶/۳) و میانگین کل نمرات ۶۸/۲ و انحراف استاندارد آن ۱۷ بود (ثنایی، ۱۳۸۷).

روش اجرای پژوهش

در ابتدای کار، براساس شرایط شمول در تحقیق، از میان ۸۰۰ خانواده از مراجعین به کلینیک‌های نواحی ۴ و ۶ آموزش پرورش مشهد، ۱۵۰ نفر انتخاب و دعوت به شرکت در طرح پژوهشی شدند. از میان ۱۵۰ خانواده، با توجه به ساعت و تاریخ برگزاری جلسات و تمایل خانواده‌ها به شرکت در گروه درمانی، با ۲۵ خانواده مصاحبه شد. سپس خانواده‌ها به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شدند. برای گروه MFTG که گروه آزمایشی اصلی بود، ۸ نوجوان به همراه والدینش، در نظر گرفته شد. گروه آموزش والدین که گروه کنترل محسوب می‌شد، با ۱۰ مادر بدون حضور نوجوانان، تشکیل شد و ۷ خانواده

باقیمانده در لیست انتظار درمان قرار گرفتند. پیش از تشکیل جلسات، نوجوانان در هر سه گروه با ابزار پژوهش - مقیاس رتبه‌بندی والد کودک - ارزیابی شدند. به مادران گروه کنترل، طرح آموزشی از پیش طراحی شده ارائه شد. محتوای آموزش ارائه شده در این گروه، منطبق با رئوس مطالب ارائه شده در بخش‌های آموزشی گروه آزمایش بود. این آموزش‌ها در بردارنده توضیح تغییرات و تحولات دوران نوجوانی، بحث روی موانع ارتباطی، آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر، ابراز وجود، حل مسئله و نهایتاً روش‌های حل تعارض به شیوه مؤثر بودند. نوجوانان گروه آزمایش به همراه والدین خود در برنامه ده جلسه‌ای گروه درمانی با چند خانواده شرکت کردند. آزمودنی‌های این گروه، در جلسات گروه در معرض همان آموزش‌های گروه کنترل قرار گرفتند با این تفاوت که این آموزش‌ها به شیوه داستان‌گویی، ایفای نقش، تمرین نقش و مبادله اطلاعاتی میان زیرگروه‌های والدین و نوجوانان صورت می‌گرفت.

جدول ۱. رئوس مطالب در گروه MFGT

<ul style="list-style-type: none">• آشنایی با فرآیند گروه درمانی• آشنایی با تغییرات و تحولات دوران نوجوانی• ایجاد زمینه برای همبستگی گروهی• کاهش عدم امنیت احتمالی نوجوانان در گروه• آشنایی اعضا با نیازهای یکدیگر• افزایش تعاملات میان والدین و فرزندان• ایجاد درک متقابل نیازها در والدین و فرزندان• آموزش نحوه استفاده از روش‌های حل تعارض• ارتقای کیفیت تعاملات والدین و فرزندان• ارتقای مهارت حل مسئله• افزایش تعاملات مثبت میان والدین و فرزندان• استفاده از مهارت حل مسئله در حل موضوعات چالش برانگیز

گروه MFGT دربردارنده دو بخش آموزشی و درمانی بود. اغلب جلسات با محتوای آموزشی شروع می‌شد و بتدریج، فعالیت درمانگر کم‌رنگ‌تر شد. به این ترتیب، مسئولیت جهت‌دهی اعضا در گروه، بر عهده خانواده‌ها گذاشته می‌شد و بر ارائه بازخورد، بیان صریح احساسات تأکید می‌شد. تعداد جلسات گروه درمانی برای گروه‌های آزمایش و کنترل، ده جلسه در نظر گرفته شده بود که به مدت ۹۰ دقیقه در ده هفته برگزار شدند. پس از اتمام جلسات و ۸۵ روز بعد از پایان جلسات، آزمودنی‌های هر سه گروه، با همان ابزارهای پژوهشی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در گروه آزمایش، یکی از خانواده‌ها در جلسه دوم، گروه را ترک کرد. در گروه کنترل نیز دو خانواده در جلسه سوم از شرکت در گروه انصراف دادند. از میان آزمودنی‌های منتظر درمان نیز ۲ خانواده در بازآزمون شرکت نکردند. در نهایت در مرحله محاسبه داده‌ها، برای گروه آزمایشی، ۷ خانواده، گروه کنترل، ۸ خانواده و ۵ خانواده نیز در گروه لیست انتظار درمان منظور شدند.

یافته‌های پژوهش

به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در ادامه شرح داده شده است. مشخصه‌های آماری شامل میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های سه گروه، در پرسشنامه رتبه‌بندی والد - فرزند، برحسب زمان اجرا، در جداول شماره ۲ و در پرسشنامه پرخاشگری باس و پری در جدول شماره ۳ ارائه شده‌اند.

جدول ۲. شاخص‌های امار توصیفی پرسشنامه رتبه بندی والد- کودک (فرم مربوط به پدر و مادر)

نمره کل رابطه با پدر	ابراز خشم نسبت به پدر	گفت و شنود با پدر	آمیزش پدرانه	عاطفه مثبت	
				پدرانه	پیش‌آزمون
۱۴/۶۴(۵/۱۵)	۴/۱۴(۲/۱۱)	۲/۶۸(۱/۴۳)	۳/۳۳(۱/۶۰)	۴/۵۰(۱/۶۳)	پیش‌آزمون
۱۷/۱۵(۱/۷۸)	۴/۷۲(۲/۱۳)	۳/۲۲(۱/۰۳)	۳/۸۳(۱/۱۴)	۵/۵۰(۰/۹۹)	زمون
۱۶/۰۰(۳/۵۴)	۳/۰۱(۱/۷۳)	۳/۴۰(۱/۲۵)	۳/۸۲(۰/۸۶)	۵/۷۶(۳/۰۰)	پیگیری
۱۳/۲۳(۴/۲۳)	۴/۰۰(۲/۱۳)	۲/۷۲(۱/۴۴)	۳/۰۲(۱/۱۵)	۳/۴۸(۱/۲۴)	پیش‌آزمون
۱۲/۸۱(۳/۹۴)	۳/۸۷(۱/۸۰)	۲/۳۵(۱/۰۶)	۳/۱۹(۰/۷۱)	۳/۵۶(۱/۷۷)	پس‌آزمون
۱۱/۱۲(۲/۷۱)	۳/۱۲(۱/۵۱)	۲/۰۸(۰/۸۴)	۲/۶۲(۱/۰۷)	۳/۳۱(۱/۱۵)	پیگیری
۲۴/۱۲(۲/۳۹)	۳/۰۰(۱/۷۸)	۱/۵۲(۰/۳۸)	۳/۵۶(۰/۹۴)	۳۵/۳(۰/۴۸)	پیش‌آزمون
۱۱/۹۹(۲/۶۴)	۳/۲۴(۱/۰۷)	۲/۲۵(۱/۰۶)	۳/۶۸(۰/۸۴)	۳/۳۱(۰/۹۱)	پس‌آزمون
۱۲/۲۵(۲/۴۱)	۳/۶۵(۱/۵۰)	۱/۵۳(۰/۵۳)	۳/۷۰(۲۸/۱)	۳/۲۱(۰/۵۵)	پیگیری
۱۰/۱۴(۲/۶۷)	۲/۵۹(۱/۰۴)	۱/۷۱(۱/۱۳)	۲/۷۸(۱/۳۰)	۳/۰۴(۰/۸۵)	پیش‌آزمون
۱۵/۲۴(۱/۸۹)	۴/۰۸(۱/۲۵)	۱/۹۵(۰/۷۵)	۳/۸۵(۰/۶۹)	۵/۲۰(۱/۱۸)	زمون
۱۶/۷۸(۱/۹۲)	۵/۰۶(۱/۰۸)	۲/۷۷(۱/۰۱)	۴/۰۷(۱/۲۳)	۴/۸۷(۱/۱۸)	پیگیری
۱۱/۷۹(۱/۶۷)	۲/۸۱(۰/۹۷)	۱/۸۷(۰/۹۴)	۳/۶۸(۱/۹۸)	۳/۴۲(۰/۷۸)	پیش‌آزمون
۱۲/۹۶(۳/۸۲)	۳/۵۰(۱/۵۷)	۲/۵۳(۱/۵۳)	۳/۵۰(۱/۱۲)	۳/۴۰(۱/۲۱)	پس‌آزمون
۹/۹۰(۱/۱۲)	۲/۷۹(۱/۲۵)	۱/۹۹(۱/۰۵)	۲/۲۹(۰/۷۳)	۳/۰۱(۰/۷۷)	پیگیری
۱۰/۶۹(۲/۱۷)	۲/۲۵(۰/۶۱)	۱/۸۵(۰/۴۶)	۶۲/۳(۱/۱۸)	۲/۹۲(۰/۴۹)	پیش‌آزمون
۱۰/۷۴(۱/۸۳)	۲/۴۱(۰/۸۲)	۱/۸۳(۰/۶۲)	۳/۵۴(۱/۴۹)	۲/۹۱(۰/۲۸)	پس‌آزمون
۱۰/۵۷(۱/۹۰)	۲/۲۷(۰/۹۳)	۱/۹۴(۰/۷۷)	۳/۳۰(۱/۳۱)	۳/۱۲(۰/۳۰)	پیگیری

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره رابطه آزمودنی‌ها در فرم تعارض با پدر در گروه MFGT از ۱۴/۶۴ به ۱۷/۱۵ افزایش پیدا کرده است. این شاخص برای گروه PGT، کاهش داشته (از ۱۶ به ۱۳/۲۳) و برای آزمودنی‌های منتظر درمان، تقریباً در حد یکسانی باقی مانده و تغییر محسوسی را نشان نمی‌دهد. میانگین مرحله پیگیری در گروه آزمایش، می‌تواند تاحدی بیانگر ادامه روند مثبت درمان باشد. میانگین مرحله پیگیری برای آزمودنی‌های منتظر درمان،

جهت‌گیری خاصی را نشان نمی‌دهد که تأییدی بر اثربخشی روش مداخله MFGT است. میانگین نمرات رابطه آزمودنی‌ها با پدر، در گروه PGT، از ۱۳/۲۳ در شروع درمان به ۱۱/۱۲ کاهش یافته است که می‌تواند تأییدی بر اهمیت حضور پدر در جریان اصلاح روابط والد-فرزند باشد.

همانطور که مشاهده می‌شود نمرات میانگین در فرم مربوط به مادر نیز در مراحل پس‌آزمون و پیگیری (به ترتیب، ۱۵/۲۴ و ۱۶/۷۸)، نسبت به موقعیت پیش از درمان (۱۰/۱۴)، افزایش داشته‌اند در صورتیکه در میانگین‌های گروه آزمودنی‌های منتظر درمان، تغییر محسوسی مشاهده نمی‌شود. میانگین‌های نمرات گروه PGT، در فرم مربوط به مادر نیز کاهش مشهودی را نشان می‌دهد که می‌تواند گویای نامؤثر بودن این روش درمانی در کار با خانواده‌ها جهت کاهش تعارضات والد - فرزندی باشد!

جدول ۳. شاخص‌های آمار توصیفی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری

نمره کل	خصوصیت	خشم	پرخاش کلامی	پرخاش فیزیکی	
۸۲/۷۱(۱۸/۶۲)	۲۷/۱۴(۵/۲۰)	۱۹/۸۵(۶/۹۱)	۱۲/۴۲(۲/۲۹)	۲۲/۵۷(۸/۹۹)	پیش‌آزمون
۶۹/۷۱(۱۹/۵۴)	۲۳/۰۰(۶/۸۷)	۱۸/۷۱(۵/۳۴)	۹/۵۷(۳/۶۴)	۱۷/۰۰(۵/۸۰)	پس‌آزمون
۷۰/۰۰(۲۰/۲۸)	۲۱/۸۵(۷/۲۴)	۱۹/۲۸(۴/۴۶)	۱۱/۸۵(۴/۸۴)	۱۷/۴۰(۶/۱۷)	پیگیری
۸۰/۰۰(۷/۴۰)	۲۱/۷۵(۳/۴۹)	۱۸/۲۱(۲/۰۳)	۱۴/۵۰(۳/۸۱)	۲۵/۶۲(۹/۱۶)	پیش‌آزمون
۱۲/۷۵(۹/۳۴)	۲۰/۱۲(۲/۴۱)	۱۸/۷(۳/۷۲)	۱۴/۲۵(۳/۹۵)	۲۱/۸۷(۷/۳۱)	پس‌آزمون
۱۲/۷۶(۹/۷۷)	۲۳/۲۵(۴/۴۶)	۱۸/۵۰(۳/۴۲)	۱۴/۱۲(۴/۷۳)	۲۰/۲۵(۳/۶۱)	پیگیری
۷۵/۲۰(۶/۳۴)	۲۲/۶۰(۴/۳۹)	۱۸/۲۰(۲/۵۸)	۱۳/۸۰(۳/۳۴)	۲۱/۶۰(۴/۵۶)	پیش‌آزمون
۸۲/۴۰(۱۲/۵۴)	۲۴/۶۰(۵/۷۷)	۱۹/۶۰(۵/۱۲)	۱۶/۴۰(۵/۵۰)	۲۱/۶۰(۴/۳۹)	پس‌آزمون
۸۴/۴۰(۱۴/۴۳)	۲۳/۲۰(۴/۴۳)	۲۰/۰۰(۷/۰۷)	۱۷/۴۰(۴/۱۵)	۲۳/۲۰(۴/۶۴)	پیگیری

جدول ۳، سیزده نمره کاهش را در میانگین نمرات پس آزمون در خرده مقیاس پرخاشگری کلی در گروه MFGT، ۴ نمره کاهش در گروه PGT و ۷ نمره افزایش میانگین را در آزمودنی‌های منتظر درمان نشان می‌دهد. در خرده آزمون‌های پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی نیز این کاهش در گروه MFGT قابل مشاهده است. در صورتی که در گروه PGT تفاوت چشمگیری رخ نداده و در گروه کنترل، افزایش میانگین‌ها مشاهده می‌شود. این داده‌ها، فرضیه اثربخشی گروه درمانی با چند خانواده را در کاهش پرخاش نوجوانان- بطور کلی- تأیید می‌کند.

جدول ۴. آزمون اثرات درون گروه‌های آزمودنی در پرسشنامه‌های رتبه‌بندی والد- کودک و پرخاشگری

مقدار F	تعامل زمان و مداخله			زمان				
	درجه آزادی	میانگین مجذورات	جمع مجذورات	مقدار F	درجه آزادی	میانگین مجذورات	جمع مجذورات	
۰/۹۰	۴	۱/۱۹	۴/۷۹	۰/۵۲	۲	۰/۸۸	۱/۳۹	عاطفه مثبت پدرانه
۰/۵۴	۴	۰/۴۴	۱/۷۶	۰/۶۵	۲	۰/۳۴	۰/۶۹	آمیزش پدرانه
۱/۲۴	۴	۱/۱۷	۴/۷۰	۰/۵۶	۲	۰/۵۳	۱/۰۶	گفت و شنود با پدر
۱/۲۳	۴	۱/۶۷	۶/۶۸	۲/۳۳	۲	۳/۱۷	۶/۳۴	ابراز خشم نسبت به پدر
۱/۳۷	۴	۷/۹۵	۳۱/۸۱	۰/۶۵	۲	۳/۷۹	۷/۵۸	نمره کل رابطه با پدر
**۴/۹۷	۴	۳/۵۲	۱۴/۰۸	*۳/۷۱	۲	۲/۶۳	۵/۲۶	عاطفه مثبت مادرانه
**۳/۱۹	۴	۳/۴۷	۱۳/۹۱	۰/۷۸	۲	۰/۸۴	۱/۶۹	بیان آزردهی نسبت به مادر

هماندسازی با مادر	۱/۷۸	۰/۸۹	۲	۱/۳۵	۴/۱۹	۱/۰۴	۴	۱/۵۹
گفت و شنود با مادر	۸/۳۰	۴/۱۵	۲	۴/۵۸	۱۴/۶۸	۳/۶۷	۴	**۴/۰۵
نمره کل رابطه با مادر	۴۵/۷۹	۲۲/۸۹	۲	**۷/۵۹	۱۵۳/۸۶	۳۸/۴۶	۴	**۱۲/۷۶
پرخاش فیزیکی	۱۲۲/۲۶	۸۴/۶۲	۱/۴۴	۲/۱۲	۱۰۲/۹۲	۳۵/۶۱	۲/۸۹	۰/۸۹
پرخاش کلامی	۱۲/۳۱	۶/۱۵	۲	۰/۸۳	۱۴/۲۷	۵۷/۰۸	۴	۱/۹۳
خشم	۲/۸۰	۲/۲۲	۱/۲۶	۰/۱۹	۱۴/۱۲	۵/۵۹	۲/۵۲	۰/۴۸
خصوصیت	۱۷/۵۸	۸/۷۹	۲	۰/۷۴	۱۰۲/۳۱	۳۲/۷۷	۴	*۲/۷۷
نمره کل پرخاشگری	۱۲۸/۷۸	۹۱/۹۷	۱/۳۸	۱/۵۷	۸۶۶/۷۳	۳۱۱/۹۳	۲/۷۷	*۳/۳۵

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، اثر عامل زمان جز در مورد نمره کل ارتباط با مادر و عاطفه مثبت مربوط به مادر، رد شده است اما اثر تعاملی میان زمان و مداخله، در مقیاس‌های عاطفه مثبت ($F_{4/34} = 3/71, P < 0/05$)، آزرده‌گی ($F_{4/34} = 0/78, P < 0/05$)، گفت و شنود ($F_{4/34} = 4/58, P < 0/05$) و نمره کل ($F_{4/34} = 7/59, P < 0/05$) در فرم مادر، مورد تأیید قرار گرفته است. این نتایج می‌توانند در کنار نمرات بدست آمده از اختلاف میانگین‌های سه گروه، تأکیدی بر اثربخشی گروه درمانی چند خانوادگی باشند.

در همین جدول، اثر عامل درون‌گروهی زمان بر نتایج آزمون پرخاشگری معنادار نمی‌باشد که نشان می‌دهد گذشت زمان به تنهایی بر نتایج تأثیر نداشته است. با این وجود مشاهده می‌شود که تعامل زمان با مداخله درمانی در کاهش نمرات خصومت و نمره کلی پرخاشگری در پس‌آزمون ($F_{4/34} = 5/35, P < 0/05$) تأثیر داشته است.

دختر با والدینشان، بین گروه‌های آزمایش و کنترل، به دلیل اعمال متغیر آزمایشی (مستقل) تفاوت معناداری ایجاد شده است.

اختلاف میانگین‌های نمرات پرسشنامه پرخاشگری در جدول ۵ نشان می‌دهد که هیچ یک از تفاوت میانگین‌های مشاهده شده بین سه گروه در سه مرحله آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشند ($P > 0/05$). یعنی تفاوت مشاهده شده میان میانگین‌های گروه‌ها، در حدی نیست که بتوان گفت تأثیر متغیر آزمایشی را در فرضیه کاهش پرخاشگری نوجوانان، تأیید می‌کند.

جدول ۶. مقایسه‌های چندگانه (LSD) مقیاس رتبه بندی والد فرزند

معناداری	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین		
۰/۰۱	۰/۶۴	۱/۸۰	MFGT و PGT	
۰/۰۱	۰/۷۲	۱/۹۶	MFGT و لیست انتظار	عاطفه مثبت
۰/۸۲	۰/۷۰	۰/۱۵	PGT و لیست انتظار	
۰/۰۸	۰/۳۹	۰/۷۱	MFGT و PGT	
۰/۰۰۹	۰/۴۴	۱/۳۳	MFGT و لیست انتظار	گفت و شنود
۰/۱۷	۰/۴۳	۰/۶۱	PGT و لیست انتظار	
۰/۰۰۵	۰/۳۳	۱/۰۹	MFGT و PGT	
۰/۰۰۲	۰/۳۸	۱/۳۹	MFGT و لیست انتظار	عاطفه مثبت
۰/۴۴	۰/۳۷	۰/۲۹	PGT و لیست انتظار	
۰/۰۵	۰/۴۲	۰/۸۷	MFGT و PGT	
۰/۱۴	۰/۴۷	۰/۷۲	MFGT و لیست انتظار	گفت و شنود
۰/۰۰۴	۰/۴۸	۱/۵۹	PGT و لیست انتظار	
۰/۰۱	۰/۹۲	۲/۵۰	MFGT و PGT	
۰/۰۰۵	۱/۰۴	۳/۳۸	MFGT و لیست انتظار	نمره کل
۰/۳۹	۱/۰۶	۰/۸۸	PGT و لیست انتظار	

جدول ۶ نشان می‌دهد بین میانگین گروه‌های MFGT و PGT در خرده مقیاس‌های عاطفه مثبت پدرانه، عاطفه مثبت مادرانه، گفت و شنود و نمره کل ارتباط با مادر، تفاوت معناداری وجود دارد. این تفاوت میان گروه MFGT و لیست انتظار که درمانی دریافت نداشته‌اند نیز در خرده مقیاس‌های عاطفه مثبت پدرانه، گفت و شنود با پدر، عاطفه مثبت مادرانه، گفت و شنود با مادر و نمره کل ارتباط با مادر نیز مشاهده می‌شود اما در هیچ یک از این خرده آزمون‌ها، میان میانگین‌های گروه PGT و گروهی که در انتظار درمان بودند، تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$). در نتیجه می‌توان گفت روش مداخله گروه درمانی با چند خانواده، بطور معناداری بر افزایش روابط مثبت میان نوجوان و والدینش، تأثیر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روش گروه درمانی با چند خانواده، در کاهش تعارضات میان والدین و فرزندان و همچنین کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان انجام شد. روش پژوهش حاضر ترکیبی از نظام‌های خانواده و نظریه‌های گروه است که درمانگر و اعضا را قادر به کشف سیستم‌های چندگانه و مراحل رشد گروه می‌کند. این روش، کیفیت درمانی منحصر به فردی است که در آن، دو یا چند خانواده در یک اتاق به همراه درمانگر آموزش دیده گرد هم آمده‌اند و مداخلات روانی-اجتماعی هدفمند و منظمی را به کار می‌برند. این رویکرد دربردارنده عناصر آموزش و فرایند گروه جهت کنترل درآوردن نیروهای یکایک اعضای خانواده و خانواده‌ها به عنوان زیر سیستم‌ها برای دستیابی به توانایی‌های حل مسأله بهتر و افزایش عملکرد گروه به عنوان یک کل است. مرور پیشینه پژوهشی کار با کودکان و نوجوانان، اثربخشی کاربرد مدل گروه درمانی با چند خانواده را در حوزه‌های مشکل مختلف نشان می‌دهد (هازل و همکاران، ۲۰۰۴؛ مک دونالد و دیک، ۲۰۰۴؛ اوبرین^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛

ادواردز، ۲۰۰۱؛ گرینگ و کلیست، ۲۰۰۷؛ اسکولز و آسن، ۲۰۰۵؛ کوئین و ون‌دیک، ۲۰۰۴؛ لیمتزر و همکاران^۱، ۲۰۰۷؛ جول، دونین و مک‌فارلن^۲، ۲۰۰۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ارائه روش گروه درمانی با چند خانواده موجب کاهش معنادارتر تعارضات میان والدین و نوجوانان شرکت کننده در این گروه نسبت به والدین و نوجوانان در خانواده‌های منتظر درمان می‌شود. همچنین نتایج حاکی از آن بودند که گروه درمانی با چند خانواده در مقایسه با آموزش روانی مادران نیز بسیار مؤثرتر عمل کرد. نتیجه پژوهش حاضر مؤید پژوهش‌های پیشین است (دنسون، ۲۰۰۵) که عنوان می‌کنند شرکت خانواده‌ها در گروه‌های درمانی چندخانواده‌ای، تعارضات میان والدین و فرزندان نوجوان آنها را کاهش می‌دهد. برای مثال استون و همکاران (۱۹۹۶) به نقل از دیک و مک‌دونال، (۲۰۰۴) در مطالعه خود با هدف درمان نوجوانان با تشخیص اختلال سلوک اظهار داشتند که این روش موجب کاهش تکانشگری و رفتارهای مخرب نوجوانان و برقراری ارتباطات نزدیک‌تر خانوادگی شد.

یافته‌های پژوهش درمورد تأثیر خانواده درمانی با چند خانواده در ایجاد ارتباطات محترمانه میان نوجوان و والدین با پژوهش مک‌کی و همکاران (۲۰۰۲) همخوانی دارد. در پژوهش مک‌کی و همکاران، به کارگیری این شیوه سبب ایجاد احساس مثبت والدین نسبت به درمان و کاهش مشکلات رفتاری فرزندان شده بود. در این مطالعه، علاوه بر بهبود تعاملات میان نوجوانان و والدین، تمام والدین در گروه و نیز ۶۲٪ از نوجوانان، گروه درمانی را بسیار رضایت بخش ارزیابی کردند. یافته‌های این پژوهش با نتایج کمیسیس و همکاران^۳ (۱۹۹۵) به نقل از ادواردز، (۲۰۰۱) نیز هماهنگ است. پژوهش مذکور در ارتقای کیفیت ارتباطات خانوادگی میان اعضا و درک متقابل دیدگاه‌ها، تأثیر داشته است. مشابه این یافته را در نتایج

1. Lemmens & et al

2. Jewell, Downing & McFarlae

3. Kymissis & et al

گزارش شده در مطالعه بهر^۱ (۱۹۹۶ به نقل از ادواردز^۲، ۲۰۰۱) می‌بینیم که نشانگر موفقیت این روش درمانی در بهبود تعاملات خانوادگی و درگیر ساختن پدران در درمان بوده است. افزایش معنادار اختلاف میانگین مقیاس‌های عاطفه مثبت پدران، عاطفه مثبت مادرانه، گفت و شنود با پدر و گفت و شنود با مادر، بیانگر افزایش تعاملات مثبت میان نوجوانان و والدینشان می‌باشد. هنگامی که نوجوان احساس می‌کند بدون قضاوت شدن و نصیحت شنیدن به صحبت‌هایش گوش فراداده می‌شود، بیشتر تمایل به صحبت در مورد درونیات خود و آنچه بر او گذشته است، خواهد داشت. احساس مورد توجه بودن و ارزشمند بودن که بواسطه شنیده شدن به نوجوان دست می‌دهد، می‌تواند احساس تعلق و دوست داشتنی بودن و لذا دوست داشتن را در نوجوان پرورش دهد.

با وجود اینکه برخی از پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهند این روش درمانی در ارتقای کیفیت رفتاری نوجوان و کاهش میزان پرخاشگری وی، مؤثر بوده است (مک کی و همکاران، ۲۰۰۲؛ دار و ایسلر، ۲۰۰۰؛ ایسلر و همکاران، ۲۰۰۹) لیکن در پژوهش حاضر این یافته تکرار نشد. نتایج این پژوهش شواهد کافی برای فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه گروه درمانی با چند خانواده موجب کاهش پرخاشگری نوجوانان می‌شود، فراهم نکرد. عدم کاهش معنادار پرخاشگری، با وجود کمتر بودن نمرات میانگین خرده مقیاس‌های خصومت و نمره کلی پرخاشگری در پرسشنامه پرخاشگری باس و پری در جلسات پس‌آزمون و پیگیری نسبت به خط پایه، ممکن است به این علت باشد که محدودیت شرکت خانواده‌ها در برنامه درمانی طولانی‌تر به علت برنامه‌های تحصیلی نوجوانان و مشغله والدین و همچنین محدودیت زمانی پروژه تحصیلی، احتمال افزایش فرصت‌های بین خانواده‌ها جهت کار روی انتظارات متقابل والدین و نوجوانان و همچنین ایجاد شبکه حمایتگر از جانب خانواده‌ها و تأکید بیشتر بر فعلیت بخشیدن به آموخته‌های بالقوه اعضا در گروه را کاهش داد. این یافته با پژوهش گیرینگ

1. Behr
2. Edwards

(۲۰۰۷) که افزایش تعداد جلسات گروه را برای کاهش تعاملات منفی و بهبود رفتار اعضای خانواده پیشنهاد می‌کند، هماهنگ است. همچنین این نتیجه، از پیشنهاد هازل و همکاران (۲۰۰۴) در رابطه با افزایش تعداد جلسات به جهت فراهم ساختن شبکه حمایتی گسترده‌تر برای ارتقای کیفیت رفتاری آموخته شده در گروه، حمایت می‌کند. پرخاشگری، حالت هیجانی معمول نوجوانی است که به تازگی در معرض مجموعه‌ای عظیم از تغییرات ناشی از بلوغ قرار گرفته است. مدیریت این حالت نیازمند تمرکز ویژه و صرف زمان بیشتر است. شاید بررسی اثربخشی این درمان در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی نوجوانان در مدت زمان طولانی‌تر و با افزودن جلسات بیشتر بتواند به تبیین این فرضیه کمک کند.

مهم‌ترین خصیصه گروه درمانی چند خانواده‌ای گرد هم آمدن خانواده‌هایی که از مشکلی مشابه رنج دیده‌اند و تماس آنها با یکدیگر برای به کارگیری نیروها و منابع درونی‌شان می‌باشد. گروه درمانی چند خانواده‌ای، با فراهم آوردن فرصتی جهت ارتقای مهارت‌های اجتماعی، فضایی را برای خانواده‌ها، جهت طرح نگرانی‌ها و دریافت حمایت از دیگر خانواده‌ها فراهم می‌آورد. این فضا به خانواده‌ها اجازه می‌دهد تا تعاملات جدیدی را با دیگر اعضا، شکل داده و احساس تنهایی کمتری را تجربه نمایند. چنین محیطی برای والدین و فرزندان، شرایط افزایش تعاملات مؤثر را ایجاد می‌کند. در این رویکرد از یک طرف با مطرح شدن مسئله و ترغیب اعضا به بیان هیجانات همراه با آن، هم نوجوانان و هم والدین، فرصت تماشای احساساتی را که شاید هرگز مطرح نشده بودند پیدا می‌کنند و از طرف دیگر به واسطه ارائه تکالیف و آموزش مؤثر نحوه حل مسأله و تعارض، می‌آموزند که چگونه نسبت به این هیجانات مطرح شده، واکنش نشان دهند. همچنین اعضا با دیدن خود و اعضای خانواده‌شان، در آینه دیگر خانواده‌ها، می‌توانند به درک بهتری از شرایط موجود دست پیدا کرده و نقش خود در ایجاد و ابقای مشکل را راحت‌تر بپذیرند. در این پژوهش به خانواده‌ها کمک شد تا همزمان با آشکار ساختن تعارضات موجود، امکان حل و فصل تضادهای موجد تعارضات نیز فراهم گردد و عملاً روش حل تعارضات را آموخته و بکار گیرند. نتایج پیگیری نیز حاکی از تداوم روند مثبت

درمان با استفاده از روش‌های مذکور بود. با توجه به این نتایج توصیه می‌شود اثربخشی این روش درمانی در موقعیت‌های بالینی و غیربالینی دیگر و در کمک به جمعیت‌های مختلف با مشکلات متفاوت نیز مورد مطالعه قرار گیرد.

منابع فارسی

ثنایی، باقر. (۱۳۸۷). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. (ویرایش دوم). تهران: بعثت.
سامانی، حمیدرضا. (۱۳۸۶). *بررسی پایایی و روایی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری*.
روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۳، ۳۵۹-۳۶۵.

منابع انگلیسی

- Alissi, S. A.; Cortomergins, G. C. (1997). *Voice from the field: group work*. us: Haworth press.
- Asonibare, J. B. & Olowonirejuaro, O. A. (2006). *Family cohesion and level of communication between parents and their adolescent children*. TNJGC, 11, 52_60.
- Bandy, T. & Moore, K. A. (2008). The parent child relationship: a family strength. *Child trends*, 27, 1-7.
- Branje, T. T.; Van doorn, M.; Valk, I. & Meeus, W. (2009). *Parent adolescent conflict resolution types and adolescent adjustment*. *Applied developmental psychology*, 30, 195-204.
- Chow, w.; Law, S.; Andermann, L.; Yang, J.; Leszcz, M.; Wong, J. & Sadavoy, J. (2010). *Multi family psycho educational group for assertive community treatment clients and families of culturally diverse background: a pilot study*. *Community mental health*, 46, 364-371.
- Dare, C. & Eisler, I. (2000). *A Multi family group day traetment programme for adolescent eating disorder*. *European eating disorder review*, 8, 4-18.
- Dennison, T. S. (2005). *A Multiple family group therapy program forat risk adolescents and their families*. *Us: Charles C Thomas publisher*.
- Diaz, D. M. (2009). *The relations among parenting style, parent adolescent relationship, family stress, cultural ontext and depressive symptomatology among adolescent families*. *psychology dissertations*, 18, 9-23.
- Edwards, S. A. (2001). *The essential elements of multi family group therapy: a delphi study*. Unpublished doctoral dissertation, polytecnic university, virginia.

- Eisler, I.; Lemmens, G.; buysse, A. & Demyttenaere, K. (2009). *The effects on mood of adjunctive single family and multip family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression*. Psychotherapy and psychosomatics, 78, 98-105.
- Farhat, T.; luk, W. J.; Lonnotti, R. J.; Morton, B. G. (2010). *Parent-child communication and substance use among adolescents: do father and mother communication play a different role for sons and daughters?*. Addictive behaviors, 35, 426-431.
- French, M.; Zavala, S. K.; McCollister, K. E.; Waldron, H. B.; Turner, C. W. & Ozechowski, T. J. (2008). *Cost effectiveness analysis of four intervention for adolescents with a substance use disorder*. Substance abuse treatment, 34, 272-281.
- Gearing, R. E. (2007). *Evidence based family psychoeducational interventions for children and adolescents with psychotic disorders*. Child and adolescent psychiatry, 17, 2-11.
- Hazel, N. A.; McDonell, M. G.; Short, R. A.; Berry, C. M.; Voss, W. D.; Rodgers, M. L. & Dyck, D. G. (2004). *Impact of multiple family groups for outpatients with schizophrenia on caregiver's distress and resources*. Psychiatric services, 55, 35-41.
- Hudson, L. J. & Rapee, R. M. (2005). *Psychopathology and the family*. US: Library of congress.
- Laser, J.A.; Nicotera, N. & Jenson, J.M. (2010). *Working with adolescents: A guide for practitioners*. US: Gilford press.
- Lemmens, G. M. D.; Eisler, i.; Dierick, P.; Lietaer, G. & Demyttenaere, K. (2009). *Therapeutic factors in a systemic multi family group treatment for major depression: patient's and partner's perspectives*. Family therapy, 31, 250-269.
- Mogler, C. (2009). *The physical, cognitive, social, personality, moral and faith development of adolescence*. English: Sprache.
- McDonall, M. G. & Dyck, D. G. (2004). *Multiple family group treatment as an affective intervention for children with psychological disorders*. Clinical psychology review, 24, 685-706.
- Mckay, M.; Harrison, M.; Conzales, J.; Kim, L. & Quintana, E. (2002). *Multiple family groups for urban children with conduct difficulties*. American psychiatric association, 53, 422-438.
- O'brien, M. P. and others. (2007). *Psychoeducational multi family group treatment with adolescents at high risk for developing psychosis*. Early intervention in psychiatry, 1, 325-332.
- Pearson, K. L. (2005). *Healthy and Harmful adolescent attachment conflict and anger*. Unpublished doctoral dissertation, Technology university, Swinburne.
- Quinn, W. H. & Vandyke, D. J. (2004). *A Multiple family group intervention for first time juvenile offenders: comparisons with probation and dropouts on recidivism*. Community psychology, 32, 177-200.
- Schaefer, G. (2008). *Multiple family group therapy in a drug and alcohol rehabilitation center: resident's experience*. Social science, 29, 17-24.

- Shelef, K.; Diamond, G. M. (2005). *Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy*. Consulting and clinical psychology, 73, 689-698.
- Swank, J. M. & Daire, A. P. (2010). *Multiple family adventure based therapy groups: an innovative integration of two approaches*. Family, 18, 241-247.
- Thorngren, J. M. & Kleist, D. M. (2002). *Multiple family group therapy: an interpersonal postmodern approach*. Family, 10, 167-176