

اثربخشی گروه‌درمانی چند خانوادهای مبتنی بر هدف بر رفتارهای مشکل‌دار نوجوانان

Effectiveness of purposeful-based multi-family group therapy on problematic behavior in adolescents

Zahra Vedadian

Hamidreza Aghamohamadian

Hosein Kareshki

زهرا ودادیان *

حمیدرضا آقا محمدیان **

حسین کارشکی ***

چکیده

Abstract

Much of the adolescent treatment focuses on family processes and one of the approaches adopted by clinicians is multifamily group therapy. The aim of this study was assessment of effectiveness of purposeful based multi-family group therapy on problematic behavior of adolescents. Research communication was all of girl and boy junior students of governmental schools of Bojnord. Sample of study was 22 students that have iterance factors that randomly replace in experimental, control and sham control groups. Youth self-report was used for gathering the data of study. Data that obtained of questionnaire in pre-test, post-test and follow up was analyzed by analysis of variance with repeated measure. Results showed that adolescents in experimental group that receive the purposeful based multi-family group therapy program in comparison with sham-control and control group, had a lower scores in internalizing and externalizing behavior scales ($P < 0/01$). This results showed that Purposeful based multi-family group therapy compared with typical multi-family groups, by correct the style of parent-adolescent relationship and education of purposeful parenting, can reduce the problematic behavior in adolescents.

بخش عمده اقدامات درمانی برای نوجوان بر فرآیندهای خانواده تمرکز دارد و یکی از روش‌هایی که میان درمانگران مقبولیت ویژه یافته گروه‌درمانی با چند خانواده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی چند خانوادهای مبتنی بر هدف بر رفتارهای مشکل‌دار نوجوان، روی دانش‌آموزان سال آخر انجام پذیرفت. جامعه آماری در این پژوهش، همه دانش‌آموزان دختر و پسر پیش‌دانشگاهی مدارس دولتی شهر بجنورد بود. نمونه پژوهش شامل ۲۲ دانش‌آموز دارای ملاک‌های ورود به طرح پژوهشی بود که به‌تصادف در سه گروه آزمایش، کنترل و شم کنترل جایگزین شدند. برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزار خودسنجی نوجوان استفاده شد. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها در سه مقطع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گردآوری و به کمک آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که نوجوانان در گروه آزمایش نسبت به نوجوانان در گروه‌های شم کنترل و کنترل، نمرات کمتری در مقیاس‌های برون‌سازی و درونی‌سازی دریافت داشتند ($P < 0/01$). این مهم نشان داده که گروه‌درمانی چند خانوادهای متمرکز بر هدف نسبت به شرایط گروهی چند خانوادهای معمولی، به‌واسطه اصلاح روش‌های ارتباطی والد-نوجوان و آموزش سبک والدگری هدفمند به خانوادها، در کاهش رفتارهای مشکل‌دار نوجوانان مؤثرتر عمل می‌کند.

Key words: *multi-family group therapy, purposefulness, problematic behaviors, adolescent*

واژگان کلیدی: *گروه‌درمانی چند خانوادهای، هدفمندی، رفتارهای مشکل‌دار، نوجوان*

*. نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. Vedadian@um.ac.ir

** عضو هیئت‌علمی گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

*** عضو هیئت‌علمی گروه علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

مقدمه

مشکلات رفتاری نوجوانان مشکلات جدی، فراگیر و هزینه بری هستند (بارو و اسپرننگ^۱، ۲۰۱۶؛ دراکس، هوان و ترانوآگ^۲، ۲۰۱۷؛ نیونهوس، اورهک و شریر^۳، ۲۰۱۷). مراجعه با این مشکلات، نیمی از ارجاعات نوجوانان به مراکز روان‌شناختی را شامل می‌گردد (آلانده، روز، سالوادور و رودریگوس^۴، ۲۰۱۸؛ شما و مکتاویچ^۵، ۲۰۱۵؛ آراجو، آراتس، دانزا، پینهریو و گابین^۶، ۲۰۱۶؛ موتا، تسایی، کیوین، سارین، ساتویک و پیترزک^۷، ۲۰۱۶). با این وجود یافتن یک روش درمانی مناسب برای نوجوانان، یکی از عمده‌ترین مشکلات در روان‌درمانی است. شکست تلاش‌های روان‌درمانی فردی در رابطه با افراد در این مقطع سنی به‌دفعات زیاد گزارش شده است (پلیزا-اسکوئر، سیلیوا، جوهر و تاگرا^۸، ۲۰۰۴؛ تیری و کاسیستو^۹، ۲۰۱۶). امروزه بیشتر پژوهشگران از مداخلات درمانی و اثربخشی و قابلیت‌های نظام‌های خانوادگی (کولهو و رمثو^{۱۰}، ۲۰۱۷) و درمان‌های گروهی (ابستانی، برنشتاین، مارتینز، کورپیا و ویز^{۱۱}، ۲۰۱۸) حمایت می‌کند.

با توجه به شکست درمان‌های فردی (هاستیس، کو، دان، هیلارد، یون و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۷) در حوزه نوجوان و کارایی محدود درمان‌های گروهی متشکل از نوجوانان در درمان مشکلات حوزه نوجوانی (شالمن^{۱۳}، ۲۰۱۷) و تأکید درمانگران این عصر بر استفاده از نیروی پویای تعاملات درون خانواده برای حل مسائل این دوره، گروه‌درمانی با چند خانواده می‌تواند قالب مناسبی برای ارائه پروتکل مداخله‌ای^{۱۴} در جهت رفع رفتارهای مشکل‌دار^{۱۵} نوجوان و پیشگیری از بروز آسیب‌های در وی باشد (کوروفسکی^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۸؛ هاستیس، کا و دان^{۱۸}، ۲۰۱۷).

1. Burrow, A. L. & Spreng, N.
2. Dragese, J., Haugan, G. and Tranvag, O.
3. Nieuwenhuis, A. V., Orehek, E. & Scheier, S.
4. Alandete, J. G., Ros, M. C., Salvador, J. M. & Rodrigues, S. P.
5. Shamah, D. & McTavish, K. A.
6. Araujo, U. F., Arantes, V. A., Danza, H. C, Pinheiro, V. P. & Gabini, M.
7. Mota, N. P., Tsai, J., Kiwin, P. D., Sareen, J., Southwick, S. M. & Pietrzak, R. H.
8. Plesa-Skwere, D., Sulliva, K., Joffer, K. & Tager, H.
9. Tirri, K. & Kusisto, E.
10. Coelho, V. A. & Romao, A. M.
11. Ebestani, C., Bernstein, A., Martinez, J. I., Chorpita, B. F. & Weisz, J. R.
12. Huestis, S., Kao, G., Dunn, A., Hilliard, A. T., Yoon, I. A.
13. Shulman, L.
14. Interventional protocol
15. Problematic behavior
16. Psychopathology
17. Kurowski, B.
18. Huestis, S. E., Kao, G. & Dunn, A.

گروه درمانی با چند خانواده^۱ کیفیت درمانی منحصر به فردی است که در آن، دو یا چند خانواده در یک اتاق به همراه درمانگر آموزش دیده گرد هم می‌آیند و مداخلات روانی - اجتماعی هدفمند و منظمی را بکار می‌برند. جلسات صریحاً یا تلویحاً بر الگوهای تعاملی بین خانواده‌ها تمرکز دارند و از اتحاد درمانی بالقوه یا حقیقی میان خانواده‌ها که بر پایه شباهت‌های جنسی، مشکل مطرح شده یا نقش‌های خانوادگی ایجاد شده است، استفاده می‌شود. به دلیل ترکیب متفاوت این رویکرد با درمان‌های سنتی، به واسطه قابلیت‌های الگوسازی^۲، یادگیری قیاسی^۳، تفسیری، تشخیصی، یادگیری از طریق آزمون و خطا و درک رمزهای درون خانوادگی^۴، فضایی را برای خانواده‌ها فراهم می‌آورد تا تعاملات جدیدی را در درون و بیرون از خانواده مرکزی خود شکل داده، توانمندی‌های خود را بیابند، نگرانی‌های خود را مطرح سازند و هم‌زمان از حمایت اعضای دیگر گروه که در موقعیتی مشابه قرار دارند برخوردار شوند (ودادیان و قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۹۳).

این رویکرد برای اولین بار در سال ۱۹۵۰ توسط پیتر لکوئر^۵ و همکارانش برای درمان بیماران اسکیزوفرن بستری در بیمارستان ارائه شد ولی به‌طور رسمی و در قالب رویکرد درمانی با قابلیت استفاده در موقعیت‌های خارج از بیمارستان توسط مک فارلن، در چارچوبی چهار مرحله‌ای معرفی شد و بعدتر در موقعیت‌های مختلف بالینی و غیر بالینی، کارایی خود را در درمان طیف گسترده‌ای از مشکلات از قبیل اختلال‌های اضطرابی، طیف مشکلات مرتبط با افسردگی، مشکلات مرتبط با ناهنجاری‌های رشدی و تغذیه و تعارضات روان‌شناختی در حوزه‌های کودک، نوجوان و بزرگسال نشان داد (هاستیس، کا، دان، هیلارد، یون و همکاران^۶، ۲۰۱۷؛ مارزولا، ناتز، موری، راکول، بوتل و همکاران^۷، ۲۰۱۵؛ لو، فانگ، یان، زو، یوان^۸ و همکاران، ۲۰۱۵؛ موریس، گومز، نینتمن و اسکاگربرگ^۹، ۲۰۱۴؛ شاموی، اسکونیان، بردشو و هیز^{۱۰}، ۲۰۱۷).

1. Multi Family Group Therapy (MFGT)
2. Modeling
3. Deductive learning
4. interfamily symbols
5. Lequer, P.
6. Huestis, S. E., Kao, G., Dun, A., Hilliard, A. T., Yoon, I. A. & ET. Al.
7. Marzola, E., Knatz, S., Murray, S., Rockwell, R., Boutelle, K.
8. Liu, G. X., Fang, X. Y., Zhou, Z. K., Yuan, X. J.
9. Morris, E., Gomes, R., Ninteman, A. & Skagerberg, E.
10. Shumway, T.; Schonian, S.; Bradshaw, S. & Hayes, N. D.

پژوهش حاضر درصدد است تا اثربخشی این رویکرد درمانی را در ترکیب با مفهوم والدگری هدفمند در کاهش رفتارهای مشکل‌دار نوجوانان مورد بررسی قرار دهد. قابلیت منحصر به فرد این روش درمانی در ترکیب عناصر آموزش و فرآیند گروهی در جهت تحت کنترل درآوردن نیروهای درونی خانواده، این امکان را ایجاد کرده تا بتوان از این قالب درمانی برای اصلاح تعاملات والد-نوجوان و جهت‌دهی به سبک والدگری حاکم بر خانواده بهره جست.

خصوصیات و نحوه رفتار والدین، تکامل شخصیت نوجوان و رشد همه‌جانبه او را تسهیل می‌کند (جانسو، ۲۰۱۷؛ یانگ و شاپکا، ۲۰۱۶). تعامل مثبت با والدین برای نوجوانی که در برابر وظیفه خطیر شکل‌دهی هویت قرار گرفته است می‌تواند به صورت نیروی انگیزشی عمل کرده و او را در مسیر سالم رشد هدایت کند (لرنر، فربز، فورمن و بوئرز، ۲۰۰۹). بدون حمایت، ممکن است تلاش برای یافتن هویت و مسیر زندگی در نوجوان به طول انجامد و به سال‌های جوانی او انتقال یابد و باعث ایجاد اضطراب و ناامیدی در وی شود (بوئرز، لی، کیلی، بریتیان، لرنر و لرنر، ۲۰۱۰). هنگامی که فرزند، محبت والدین خود را در دل احساس می‌کند و از امنیت خاطری که متناسب با سن و سال و رشد اوست مطمئن است، بحران‌های گه‌گاهی را که ممکن است در ارتباط با پدر یا مادر یا اوضاع و احوال ناآشنای محیط پیرامون خود پیش بیاید، به سلامت از سر می‌گذراند و جرئت و جسارتش برای زندگی مستقل و متکی به خود آسیب نمی‌بیند (اسکاتلینی، زانی و پفیفر، ۲۰۱۷؛ ویگا و لیت، ۲۰۱۶).

اشتباهی که اغلب والدین مرتکب می‌شوند این است که تصور می‌کنند فرزند آن‌ها نمی‌تواند درست و غلط را تشخیص دهد و نیازمند راهنمایی و هدایت مستقیم آن‌ها است (کولهو و رومائو، ۲۰۱۷). والدین باید توجه داشته باشند که قرار نیست هدف‌ها و جایگاه فرزند خود در زندگی را تعیین کنند و وظیفه‌ی یافتن هدف در زندگی را بجای فرزند خود بر دوش کشند و سبک زندگی را در قالب یک پیش‌نویس به وی ارائه دهند و انتظار داشته باشند در آینده بزرگ‌سالانی با شخصیت مطلوب و مورد نظر خود تحویل بگیرند (شما و مکتاویچ، ۲۰۱۵).

1. Yang, L. & Shapka, J.
2. Lerner, J. V., Phelps, E., Forman, Y., & Bowers, E. P.
3. Bowers, E. P., Li, Y., Kiely, M. K., Brittan, A., Lerner, J. V., & Lerner, R. M.
4. Scatlini, F. L.; Zani, K. P. & Pfeifer, L.
5. Veiga, A. & Leite, A.
6. Coelho, V. A. & Romao, A. M.
7. Shamah, D. & McTavish, K. A.

پژوهش حاضر درصدد است تا راهکاری را بیابد که به واسطه‌ی آن والدین بتوانند ارتباط مؤثرتری با فرزندان خود داشته و از این ارتباط به‌عنوان عامل پیشگیرانه در برابر پیشروی مشکلات رفتاری نوجوان تا حد اختلال‌های بالینی در حوزه‌های درونی سازی و برونی‌سازی بهره گیرند. در همین راستا، هدف از این پژوهش پاسخ به این پرسش است که:

آیا گروه‌درمانی چند خانواد‌ای مبتنی بر هدف با تمرکز بر آموزش سبک والدگری هدفمند، می‌تواند منجر به کاهش مشکلات رفتاری در نوجوان شود؟

روش

پژوهش حاضر از جمله پژوهش‌های کاربردی از نوع نیمه آزمایشی با گروه گواه و جایگزینی تصادفی است. جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان سال آخر مدارس دولتی دخترانه شهر بجنورد بودند. نمونه متشکل از ۲۲ دانش‌آموز بود که به‌طور داوطلبانه به همراه والدین خود در طرح پژوهشی شرکت کردند. حجم نمونه با توجه به قواعد حاکم بر روش گروه‌درمانی چند خانواد‌ای (ایسلا، ۲۰۰۵) و با در نظر گرفتن عدم حضور کمک درمانگر برای گروه‌های آزمایش و شم کنترل، ۶ دانش‌آموز به همراه والدین خود و برای گروه کنترل ۱۰ دانش‌آموز تعیین شد. ملاک‌های آماری ورود آزمودنی‌ها به طرح آزمایشی عبارت بودند از: محدوده سنی بین ۱۷ تا ۱۸ و نیم سال؛ وجود رفتارهای مشکل‌دار در بخش نیمرخ مبتنی بر تجربه در پرسشنامه خودسنجی نوجوان و عدم حضور برچسب بالینی برحسب نیمرخ DSM5.

ابزار

فرم خودسنجی نوجوان^۲ (YSR): فرم مشکلات رفتاری نوجوانان یک مقیاس خود ارزیابی برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال است که برای نوجوانان با حداقل تحصیلات در حد پایه پنجم ابتدایی در مدت زمان ۱۵ دقیقه قابل پاسخ‌گویی است. این مقیاس شامل بخش شایستگی‌ها و سندرم‌ها است. بخش شایستگی‌ها از چهار قسمت فعالیت‌ها، عملکرد تحصیلی، کارایی اجتماعی و شایستگی کلی تشکیل شده است. بخش سندرم‌ها شامل ۱۱۲ عبارت است و آزمودنی‌ها طبق یک مقیاس سه نمره‌ای

1. Eisler, I.

2. Youth Self-Report (YSR)

(۰،۱،۲) دور عددی را که با وضعیت آن‌ها مطابقت دارد، خط می‌کشند. این مقیاس‌ها عبارت‌اند از: ۱. گوشه‌گیری، ۲. شکایت جسمانی، ۳. افسردگی / اضطراب، ۴. مشکلات اجتماعی، ۵. مشکلات تفکر، ۶. مشکلات توجه، ۷. رفتار بزهکارانه، ۸. رفتار پرخاشگرانه و همچنین زیرمقیاس سایر مشکلات رفتاری که مجموعه ناهمگونی از مشکلات و ناراحتی‌های مختلف (نظیر نافرمانی، غذا نخوردن و ...) را دربرمی‌گیرد و نمره کلی برای آن منظور نمی‌گردد. از جمع مقیاس‌های اول، دوم و سوم (به‌استثنای عبارت ۱۰۳)، مقیاس رده دومی به نام درون‌ریزی^۱ و از جمع مقیاس‌های هفتم و هشتم، مقیاس رده دوم دیگری به نام برون‌ریزی^۲ به دست می‌آید. از مجموع تمامی موارد مربوط به مشکلات، یک نمره کلی حاصل می‌شود (مینایی، ۱۳۸۵). خود سنجی نوجوان از پایایی و روایی رضایت بخشی برخوردار است. در پژوهشی روی یک نمونه از نوجوانان، ضرایب بازآزمایی برای کل آزمون ۰/۹۲، برای مقیاس درون‌ریزی ۰/۹۰ و برای مقیاس برون‌ریزی ۰/۸۹ محاسبه‌شده است. ضرایب همسانی درونی در این مطالعه به ترتیب ۰/۹۴ برای مقیاس کلی، ۰/۸۲ برای مقیاس برون‌ریزی و ۰/۹۱ برای مقیاس درون‌ریزی محاسبه‌شده است (سالاری، ۱۳۸۰). محمدخانی (۱۳۷۹)، به نقل از کاکابرابی، حبیبی و فدایی، ۱۳۸۶) در بررسی ۱۴۴۸ نوجوان مقطع تحصیلی دوم راهنمایی، پایایی مقیاس مشکلات رفتاری کلی را ۰/۹۴ به دست آورد. در مطالعه حبیبی و همکاران (۱۳۸۶) میزان پایایی آزمون با رویکرد مبتنی بر سنجش تجربی آخنباخ با استفاده از آلفای کرونباخ در دوقلوهای همسان، میزان پایایی دونیمه کردن در دوقلوهای همسان ۰/۹۱ و در دوقلوهای ناهمسان ۰/۸۶ و در کل نمونه ۰/۸۹ به دست آمد.

روش مداخله

گروه آزمایش، در معرض پروتکل گروه‌درمانی چند خانوادگی مبتنی بر هدف که توسط نویسنده (ودادیان، آقا محمدیان و کارشکی، ۱۳۹۸) به صورت برنامه‌ی ۱۳ هفته‌ای شامل ۱۰ جلسه‌ی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برای

1. Internalizing behavior
2. Externalizing behavior

خانواده‌ها و چهار کارگاه برای والدین و دانش‌آموزان به‌طور جداگانه طراحی شده است قرار گرفتند. طرح کلی مداخله با اشاره به هدف کاربردی هر جلسه، در جدول زیر ارائه شده است:

فرآیند	هدف
کارگاه آموزشی (آموزش روانی) ^۱	آموزش مهارت ارتباط مؤثر و گوش دادن فعال والدین آموزش والدگری هدفمند آموزش مهارت حل تعارض و مدیریت هیجانی نوجوانان آموزش مهارت ارتباط مؤثر و گوش دادن فعال
درمان	<ul style="list-style-type: none"> - ایجاد اتحاد درمانی - بیان اهداف، آرزوها و معانی زندگی و شغلی والدین و احساس‌های آن‌ها در مورد زندگی شخصی و اجتماعی خود - ایجاد فضای تعاملی مناسب برای بیان علایق، خواسته‌ها و آرزوها از جانب نوجوان - پیگیری علایق و خواسته‌های نوجوانان از سمت والدین - درگیر شدن والدین در حوزه‌های علایق فرزندان - ایجاد فضای تعاملی مناسب برای شناخت توانمندی‌های ذهنی و عملی نوجوان - ارائه‌ی حمایت روانی و عملی از توانمندی‌ها و حوزه‌ی علایق نوجوان از جانب والدین - ایجاد شرایط برای بیان برنامه‌ها و طرح‌های ذهنی نوجوان - جمع‌بندی جلسات و خاتمه‌ی گروه

شیوه اجرای پژوهش

برای جمع‌آوری اعضای گروه، اطلاعیه گروه به همراه توضیح مختصر در رابطه با موضوع مداخله، در اختیار دانش‌آموزان و والدین آن‌ها قرار گرفت. از میان آزمودنی‌هایی که تمایل به شرکت در طرح مداخله داشتند، با توجه به ساعت و تاریخ برگزاری جلسات و تمایل والدین به شرکت در گروه درمانی، ۱۲ نفر از دانش‌آموزانی که مشمول ملاک‌های ورود به طرح بودند، به تصادف در گروه‌های آزمایش و شم کنترل جایگزین شدند و باقی دانش‌آموزان مشمول (۱۰ نفر) در فهرست انتظار درمان قرار گرفتند. دانش‌آموزان، پیش از شروع فرآیند مداخله، به پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی پاسخ داده و برگه رضایت از شرکت در گروه را به امضای والدین خود رساندند. همچنین، هر سه گروه، پیش از شروع مداخلات، پس از اتمام مداخله و ۹۰ روز بعد از خاتمه‌ی طرح، پرسشنامه خود سنجی نوجوان را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (شامل

1. Psycho-educational

میانگین، انحراف معیار) و مشخصه‌ی آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مجدد استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و در سطح خطای ۰/۰۱ انجام شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر روی ۲۴ دختر نوجوان بین سنین ۱۷ نیم تا ۱۸ و نیم سال انجام شد. پیش از اجرای پروتکل، همگنی نمرات آزمودنی‌ها در سه گروه در مؤلفه‌ی مشکلات رفتاری با روش تحلیل واریانس یک‌راهه مورد بررسی قرار گرفت. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات خام آزمودنی‌ها در سه گروه کنترل، آزمایش و شم کنترل در متغیرهای برونی‌سازی، درونی‌سازی و مشکلات رفتاری به صورت کلی، تفاوت قابل توجهی ندارد. برای مقایسه وضعیت آزمودنی‌ها در محدوده‌ی آمار توصیفی در متغیر مشکلات رفتاری، نمرات طراز شده‌ی میانگین‌های خام هر گروه نیز ارائه شده است که بیانگر تفاوت محدود میان سه گروه در سه متغیر است.

همچنین نمرات طراز شده‌ی بالای ۶۵ در نمودار مبتنی بر تجربه‌ی آخباخ (مینایی، ۱۳۸۴) نشان می‌دهند که آزمودنی‌ها به لحاظ مشکلات رفتاری، مرز رفتار بهنجار برای دوره‌ی نوجوانی را رد کرده و رفتار آزمودنی‌ها نسبت به همسالان خود، ناهنجار در نظر گرفته می‌شود به این معنا که رفتارهای نوجوانان در سه گروه، در محدوده‌ی بالینی و آسیب‌شناختی قرار ندارد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در YSR

متغیرها	تعداد آزمودنی‌ها	میانگین نمرات	انحراف معیار	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای میانگین	
				بالا	پایین
رفتارهای مشکل‌دار (درونی‌سازی)	گروه آزمایش	۸۹*	۳/۶۹	۶۷/۳۴	۶۲/۶۵
	گروه شم کنترل	۹۰*	۲/۸۳	۶۸/۴۷	۶۴/۸۶
	گروه کنترل	۹۰*	۵/۷۲	۷۱/۱۹	۶۳/۰۰
رفتارهای مشکل‌دار (برونی‌سازی)	گروه آزمایش	۸۷*	۳/۱۷	۶۳/۵۱	۵۹/۴۸
	گروه شم کنترل	۸۶*	۵/۷۱	۶۵/۴۶	۵۲/۲۰
	گروه کنترل	۸۷*	۵/۵۱	۱۴/۶۹	۶۱/۲۵
رفتارهای مشکل‌دار (نمره کل)	گروه آزمایش	۶۵ تا ۷۵*	۴/۲۶	۷۵/۵۴	۷۰/۱۲
	گروه شم کنترل	۶۵ تا ۷۵*	۴/۹۲	۷۶/۷۱	۷۰/۴۵
	گروه کنترل	۶۸ تا ۷۸*	۵/۹۶	۷۹/۷۸	۷۱/۲۱

* نمرات طراز شده‌ی آزمودنی‌ها در مقیاس‌های YSR

نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه‌ی میانگین نمرات آزمودنی‌ها در سه گروه نشان می‌دهد که بین سه گروه در متغیرهای مذکور، به لحاظ آماری، با ۰/۹۹ اطمینان، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و

واریانس نمرات در متغیرهای برون‌سازي ($F=0/81$)، درونی سازی ($F=1/84$) و کل ($F=0/79$)، برابر است.

جدول ۲. تحلیل واریانس یک‌راهه ی میانگین نمرات آزمودنی‌ها در سه گروه در متغیرهای مورد آزمایش

متغیرها	مجموع نمرات	درجه آزادی	میانگین نمرات	F	معنی‌داری
رفتارهای بین گروه ها	۲۷/۹۹	۲	۱۳/۹۹	۰/۸۱	۰/۴۵
مشکل‌دار (درونی سازی)	۵۳۳/۵۶	۲۱	۱۷/۲۱	-	-
کل	۵۶۱/۵۵	۲۳	-	-	-
رفتارهای بین گروه ها	۸۸/۷۹	۲	۴۴/۳۹	۱/۸۴	۰/۱۷
مشکل‌دار	۷۴۴/۲۶	۲۱	۳۵/۰۰	-	-
(برونی‌سازی) کل	۸۳۳/۰۵	۲۳	-	-	-
رفتارهای بین گروه ها	۴۰/۴۴	۲	۲۰/۲۲	۰/۷۹	۰/۴۶
مشکل‌دار (نمره)	۷۸۹/۰۸	۲۱	۳۷/۴۵	-	-
کل	۸۲۹/۵۲	۲۳	-	-	-

* $< 0/01P$

برای آزمون فرضیه ی پژوهشی مبنی بر اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر هدف بر کاهش مشکلات رفتاری، به دلیل وجود دوره‌ی دوماهه ی پیگیری، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج این آزمون در ادامه ارائه‌شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در YSR

گروه	آزمایش			شماره کنترل			کنترل
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	
برونی‌سازی	۶۱/۵۰	۵۲/۷۵	۴۴/۲۵	۶۱/۸۳	۶۰/۷۵	۶۲/۴۱	۶۴/۷۰
	(۳/۱۷)	(۳/۸۶)	(۵/۴۶)	(۵/۷۱)	(۱/۳۷)	(۱/۳۵)	(۵/۶۹)
درونی سازی	۶۵/۰۰	۵۶/۱۶	۴۶/۰۰	۶۶/۶۶	۶۵/۹۱	۶۵/۵۸	۶۷/۹۰
	(۳/۶۹)	(۴/۶۶)	(۴/۲۸)	(۲/۸۳)	(۰/۷۳)	(۰/۵۷)	(۴/۳۵)
متغیر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون
مشکلات رفتاری (نمره کل)	۷۲/۸۳	۶۱/۲۵	۵۵/۱۶	۷۳/۵۸	۷۳/۷۵	۷۴/۰۰	۷۵/۹۰
	(۴/۲۶)	(۴/۸۴)	(۴/۶۴)	(۴/۹۲)	(۱/۳۶)	(۱/۱۹)	(۶/۶۴)

نمره ی $Box^2 M$ برای برون‌سازي ($F=31/35$ ، $df=12$ ، $F=2/23$)، درونی سازی ($F=30/53$)، و مشکلات کلی رفتاری ($F=2/17$ ، $df=12$) و مشکلات کلی رفتاری ($F=6/54$ ، $df=12$) به دست آمد. این نمره

برای هر سه متغیر، با اطمینان ۰/۹۹ معنی‌دار شده است که در شرایط معمول، بیانگر عدم وجود مفروضه‌ی همگنی کوواریانس‌ها است؛ اما از آنجا که حجم گروه‌ها برابر بوده و فرضیه‌ی همگنی واریانس‌ها در آزمون لوین در سه مقطع ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با درجه‌ی آزادی ۲ و ۳۱ و با در نظر گرفتن خطای ۰/۰۵ معنی‌دار شده است، توجه به نتیجه‌ی آزمون 'M Box' برای این تحلیل، ضرورت ندارد زیرا در شرایطی که حجم گروه‌ها برابر و مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها وجود دارد، نتیجه‌ی آزمون 'M Box' تاثیر چندانی بر تحلیل ندارد (پریچر و هایس، ۲۰۰۸). آنچنان که بیشتر توضیح داده شد، تحلیل واریانس یک‌راهه‌ی متغیرهای مشکلات رفتاری، این قضاوت را تأیید می‌کند؛ اما به جهت اطمینان بیشتر، برای تحلیل نتایج بعدی، از آزمون اثر پیلای که نسبت به دیگر آزمون‌ها از قدرت بیشتری برخوردار است استفاده خواهد شد.

عامل زمان و تعامل مداخله با زمان در جدول تحلیل چندمتغیره برای هر سه متغیر با اطمینان ۰/۹۹ و ضریب تاثیر ۰/۷۳ تا ۰/۷۶ با درجه آزادی ۴، تأیید شده است که بیانگر تاثیر مداخله بر تفاوت میانگین‌های به دست آمده در مقاطع متفاوت ارزیابی است.

جدول ۴. اثرات درون آزمودنی مقایسه‌ی گروه‌ها در سه مقطع ارزیابی در YSR

متغیر	زمان		تعامل زمان و مداخله		پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری		زمان		متغیر
	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	
برونی‌سازی	۵۵۲/۵۵	۵۵۰/۲۳	۲	۵۱/۷۷*	۱۱۷۰/۶۵	۰/۶۲۵	۲	۵۱/۷۷*	۰/۷۸۰
درونی‌سازی	۷۰۵/۸۴	۳۵۲/۹۲	۲	۵۰/۸۷*	۱۳۸۷/۳۸	۰/۶۲۱	۲	۵۰/۸۷*	۰/۷۶۳
مشکلات کلی	۵۴۳/۵۰	۲۷۱/۷۵	۲	۱۵/۲۴*	۱۳۱۵/۴۸	۰/۳۳۰	۲	۱۵/۲۴*	۰/۵۴۳

* < ۰/۰۱P

مفروضه‌ی کرویت با آزمون ماخلی مورد بررسی قرار گرفت. کرویت ماخلی برای متغیرهای برونی‌سازی (۰/۶۳)، با تقریب کای اسکوتر (۱۳/۵۰، df=۲)، درونی‌سازی (۰/۷۸)، با تقریب کای اسکوتر (۷/۴۳، df=۲) و مشکلات رفتاری کلی (۰/۴۸)، با تقریب کای اسکوتر (۲۵/۲۲، df=۲) به

دست آمد که با احتساب ۰/۹۵ اطمینان ($p= ۰/۰۵$) معنی دار نشده است، یعنی مفروضه ی همگنی واریانس ها برقرار است.

جدول ۵. مقایسه تفاوت میانگین های سه گروه در سه مقطع ارزیابی در YSR

متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	η
برونی سازی	۲۵۲۷/۸۴	۱۲۶۳/۹۲	۲	۲۰/۷۸*	۰/۵۷۳
درونی سازی	۲۹۸۲/۸۳	۱۴۹۱/۴۱	۲	۴۷/۳۳*	۰/۷۵۳
مشکلات کلی	۳۲۰۸/۷۴	۱۶۰۴/۳۷	۲	۳۶/۷۵*	۰/۷۰۳

* $P < ۰/۰۱$

نتایج تحلیل داده های پرسشنامه ی خود سنجی نوجوان با تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای تفاوت میان سه گروه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۵ ارائه شده است. همان طور که مشاهده می شود، تفاوت میانگین های سه گروه با ۰/۹۹ اطمینان به لحاظ آماری معنی دار است. برای بررسی دقیق تر تفاوت های سه گروه، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

آزمون حداقل اختلاف معنی دار بین سه گروه نشان داد که تفاوت میانگین سه گروه در متغیر مشکلات رفتاری کلی، میان گروه های آزمایش و شم کنترل ($MD=۱۰/۶۹$ ، $SE=۱/۵۵$ ، $sig=۰/۰۰۰۱$)، آزمایش و کنترل ($MD=۱۲/۷۱$ ، $SE=۱/۶۳$ ، $sig=۰/۰۰۰۱$) معنی دار است اما تفاوت میان دو گروه کنترل و شم کنترل ($MD=۲/۰۲$ ، $SE=۱/۵۳$ ، $sig=۰/۲۲۵$) معنی دار نشده است. این تفاوت در مورد متغیر درونی سازی نیز مشهود است.

میانگین نمرات آزمودنی ها در گروه های آزمایش، کنترل و شم کنترل، در متغیر درونی سازی به طور معنی داری متفاوت است. این تفاوت برای گروه آزمایش و کنترل با بالاترین میزان تفاوت ($MD=۱۲/۲۴$ ، $SE=۱/۳۸$ ، $sig=۰/۰۰۰۱$)، نمایانگر تاثیر گروه درمانی بر متغیر درونی سازی است. تفاوت میان گروه آزمایش و شم کنترل ($MD=۱۰/۳۳$ ، $SE=۱/۲۳$ ، $sig=۰/۰۰۰۱$) نیز این یافته را تأیید می کند. این در حالی است که تفاوت بین گروه های آزمایش و شم کنترل ($MD=۱/۹۱$ ، $SE=۱/۳۸$ ، $sig=۰/۱۸۷$) حتی با اطمینان ۰/۹۵ در متغیر درونی سازی به لحاظ آماری معنی دار نشده است.

در رابطه با متغیر برونی سازی نیز تفاوت معنی دار میان گروه آزمایش و کنترل قابل مشاهده است ($MD=۱۱/۷۰$ ، $SE=۱/۹۲$ ، $sig=۰/۰۵$). این تفاوت بین گروه های آزمایش و شم کنترل نیز دیده می شود

1. Least significant deference (LSD)

برونی سازی معنی دار نشده است ($MD=2/86$ ، $SE=1/92$ ، $sig=0/147$)؛ اما تفاوت میان گروه‌های کنترل و شم کنترل در متغیر

بحث و نتیجه گیری

فرضیه پژوهشی مبنی بر اثربخشی گروه‌درمانی چند خانوادگی با تمرکز بر مفهوم هدفمندی در کاهش رفتارهای مشکل‌دار نوجوان تأیید شد. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که نوجوانان در گروه آزمایش، در پس‌آزمون، عملکرد رفتاری بهتری داشته و این تغییر را در پیگیری سه‌ماهه نیز حفظ کرده‌اند درحالی‌که این پیشرفت رفتاری در گروه‌های شم کنترل و کنترل مشاهده نشد.

این یافته با گزارش‌های مطالعات دیمون و تیم پژوهشی او (آلاندته، روز، سالوادور و رودریگوس^۱، ۲۰۱۸) همخوانی دارد. هرچه والدین بیشتر بتوانند رفتارهای همدلانه‌ی خود را در برابر نوجوانان افزایش بخشیده و سبک والدگری مبتنی بر هدف را جایگزین راهنمایی‌ها و جهت‌دهی‌های مستقیم در برخورد با فرزندان خود کنند و بجای کنترل آن‌ها، تلاش کنند تا زمینه‌ی کشف استعدادها و توانمندی‌های درونی نوجوان خود را فراهم آورده و شرایط اعتماد به خود را در وی پرورش دهند، نوجوانان در امنیت حمایت‌های والدینی خود، احساس استقلال و خودکفایی بیشتر کرده و کمتر نیازمند بیان برون‌فکنانه یا سرکوب درون‌فکنانه‌ی نیازهای خود خواهند بود (کرووفسکی و همکاران، ۲۰۱۸؛ جانسو و همکاران، ۲۰۱۷).

در خانواده، والدین نیازها و انتظارات جامعه را به فرزند خود آموزش داده و این شناخت، آن‌ها را به‌گزینش شیوه‌ی رفتاری معین و بارور نمودن شخصیتشان رهنمون می‌سازد لذا ایجاد ارتباط میان اعضای خانواده به‌صورت تعاملات هدایت‌شده و سعی در افزایش آن، می‌تواند محیطی هماهنگ و آرامش‌بخش را برای نوجوان به وجود آورده و منجر به سلامت روانی و رفتاری آن‌ها شود (هاستیس و همکاران، ۲۰۱۷).

محدودیت‌ها و پیشنهادها. هر پژوهشی علاوه بر مزایا و کارکردهای عملی خود، دارای محدودیت‌هایی است. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنا نبوده و شرایط اینجا و اکنونی زمان اجرای پژوهش، محدودیت‌هایی را به آن تحمیل کرده است.

باوجوداینکه نتیجه‌ی تحلیل استنباطی داده‌ها، بهبود معنی‌دار عملکرد رفتاری نوجوانان در گروه آزمایش را نشان می‌دهد اما با نگاه به جدول مقایسه‌ی نمرات طراز شده‌ی آزمودنی‌ها می‌بینیم که

1. Alandete, J. G., Ros, M. C., Salvador, J. M. & Rodrigues, S. P.

این تغییرات باینکه نشان‌دهنده‌ی اثربخشی گروه‌درمانی چند خانواده‌ای مبتنی بر هدف بوده‌اند و رفتارهای مشکل‌دار نوجوان در گروه آزمایش تا حد معنی‌داری کنترل‌شده است اما این تغییر در حدی نبوده که مشکلات رفتاری را در نوجوانان این گروه به‌طور کلی حذف نماید یا از محدوده‌ی رفتارهای ناهنجار خارج نماید. عملکرد موفق پروتکل در جهت کاهش مشکلات رفتاری در برابر پایداری رفتارهای نوجوان در محدوده‌ی ناهنجار می‌تواند دال بر این مهم باشد که رفع مشکلات رفتاری نوجوان، نیازمند زمان طولانی‌تری است.

همچنین، عدم حضور کمک‌درمانگر منجر به متمرکز شدن درمانگر گروه بر فرآیند اصلی حاکم بر گروه شد که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی در این حوزه، از حضور کمک‌درمانگر یا کمک‌درمانگران استفاده شود تا علاوه بر پوشش تعاملی در گروه، ارزیابی‌ها را به حوزه‌ی خانواده و فراتر از آن گسترش داده و از محدوده‌ی بیمار اصلی خارج سازد.

قابلیت‌های این روش مداخله‌ای به پژوهشگران این امکان را می‌دهد که در حوزه‌های مختلف مشکل وارد شود لذا پیشنهاد می‌شود که این پروتکل در موقعیت‌های مختلف مشکل مورد استفاده قرار گرفته و اثربخشی آن را در طیف مشکلات بالینی و غیر بالینی در حوزه‌ی کودک و نوجوان به محک آزمون بگذارند. همچنین موضوع هدفمندی، از جمله مباحثی است که می‌توان آن را در حوزه‌های غیر بالینی در مدارس و با معلمین به اجرا درآورد و از محدودیت‌های عدم همکاری احتمالی والدین در موقعیت درمانی اجتناب نمود.

سپاسگزاری و قدردانی. از همه خانواده‌ها که به‌عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند و با همکاری خالصانه آن‌ها اجرای پژوهش امکان‌پذیر گردید، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- انیسی، ج؛ سلیمی، ح؛ میرزمانی، م؛ رئیسی، ف و نیکنام، م. (۱۳۸۶). بررسی مشکلات رفتاری نوجوانان. *علوم رفتاری*، ۱، ۱۶۳-۱۷۰.
- سالاری، ر؛ شاملو، س؛ هومن، ح و پورشه‌باز، ع. (۱۳۸۱). مقایسه کارکرد خانواده در نوجوانان افسرده و بهنجار. اولین کنگره سراسری روانشناسی ایران، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ۲۴-۳۵.
- کاکابرابی، ک؛ جیبی عسگرآباد، م و فدایی، ز. (۱۳۸۶). هنجاریابی مقیاس مشکلات رفتاری ایشناخ: فرم خودگزارشگری ۱۱ تا ۱۸ سال کودک و نوجوان روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه. پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱، ۵۰-۶۶.

- می، ر. (۱۳۸۷). انسان در جستجوی خویشتن، ترجمه ی م، ثریا، تهران: دانژه.
- می، ر. (۱۳۹۳). عشق و اراده، ترجمه ی س، حبیب، تهران: دانژه.
- مینایی، ا. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخبناخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۶، ۵۲۹-۵۵۸.
- ودادیان، ز؛ آقا محمدیان، ح و کارشکی، ح. (۱۳۹۷). تدوین و اعتبارسنجی پروتکل مداخله‌ای گروه‌درمانی با چند خانواده با تمرکز بر سبک والدگری هدفمند. چهارمین همایش بین‌المللی افق‌های نوین در علوم تربیتی، روانشناسی و آسیب‌های اجتماعی، تهران.
- ودادیان، ز؛ قنبری هاشم‌آبادی، ب و مشهدی، ع. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی چند خانوادگی بر حل تعارضات والدین و فرزندان آن‌ها و کاهش پرخاشگری نوجوانان دختر ۱۴ و ۱۵ ساله شهر مشهد. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱، ۱۹-۴۱.
- ودادیان، ز؛ و قنبری هاشم‌آبادی، ب. (۱۳۹۳). نوجوان و خانواده. مشهد: دانشگاه فردوسی مشهد.

References

- Alandete, J. G., Ros, M. C., Salvador, J. M. & Rodrigues, S. P. (2018). Psychometric properties of the purpose in life test and age-related defferences among woma diagnosed with eating disorder. *Psychiatry Research*, 261, 161-167.
- Araujo, U. F., Arantes, V. A., Danza, H. C, Pinheiro, V. P. & Gabini, M. (2016). Principles and methods to guide education for purpose: a Brazilian experience. *Education for teaching*, 5, 16-30.
- Bowers, E. P., Li, Y., Kiely, M. K., Brittan, A., Lerner, J. V., & Lerner, R. M. (2010). The ifve model of positive youth development: A longitudinal analysis of conifrmatory factor structure and measure invariance. *Youth and Adolescence*, 39, 720-735.
- Coelho, V. A. & Romao, A. M. (2017). The impact of secondary school treatment on self-concept and self-esteem. *Adolescence*, 22, 85-92.
- Dragese, J., Haugan, G. and Tranvag, O. (2017). Crucial aspects promoting meaning and purpose in life: Perceptions of nursing home residents. *BMC Geriatrics*, 17, 1-9.
- Ebestani, C., Bernstein, A., Martinez, J. I., Chorpita, B. F. & Weisz, J. R. (2018). The youth self-report: applicability and validity across younger and older youths. *Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 26-35.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Family Therapy*, 27, 104-131.

- Huestis, S. E., Kao, G., Dunn, A. Hilliard, A. T., Yoon, I. A., & et al. (2017). Multifamily pediatric pain group therapy: Capturing acceptance and cultivating change. *Children, 4*, 2-16.6.
- Huestis, S. E. & Dun, A. (2017). Multi family pediatric pain group therapy: Capturing acceptance and cultinating chang. *Children, 4*, 106-123.
- Johnso, L. L., Wagner, V., Sheridan, M., Paul, C., Burkholder, R. et al. (2017). *Strengthening children's mental health residential treatment though evidence and experience*. U.S.: Markham, Kinark child and family services.
- Kurowski, B., Stacin, T., Taylor, H. E., McNally, K. A., Kirkwood, M. W. & ET. Al. (2018). Comparative effectiveness of family problem solving therapy for adolescents after traumatic brain injury: Protocol for a randomized multicenter, clinical trial. *Contemporary Clinical Trial Communication, 10*, 111-120.
- Lerner, J. V., Phelps, E., Forman, Y., & Bowers, E. P. (2009). Positive youth development. In R. M. Lerner, & L. Steinberg, *Handbook of adolescent psychology* (pp. 524-558). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Liu, G. X.; Fang, X. Y.; Yan, N.; Zhou, Z. K.; Yuan, X. J. & et.al. (2015). Multi-family group therapy internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addict Behavior, 42*, 1-8.
- Marzola, E., Knatz, S., Murray, S., Rockwell, R., Boutelle, K. & et al. (2015). *Short term intensive family therapy for an eating disorders: 30 month outcome*. Eating disorders association: Tohm Wiley and sons.
- Mota, N. P., Tsai, J., Kiwin, P. D., Sareen, J., Southwick, S. M. & Pietrzak, R. H. (2016). Purpose in life associated with a reduced risk of incident physical disability in aging. *U. S. Military Veterans, 24*, 706-714.
- Morris, E.; Gomes, R.; Ninteman, A.; Skagerberg, E. (2014). Families changing families: the protective function of multi family therapy for children educatio. *Clinical Child Psychology Psychiatry, 19*, 617-632.
- Nieuwenhuis, A. V., Orehek. E. & Scheier, S. (2017). The meaning of action: Do self-regulatory processes contribute to a purposeful life. *Personality and Individual Differences, 116*, 115-122.
- Plesa-Skwere, D., Sulliva, K., Joffer, K. & Tager, H. (2004). Self-concept in people with Williams's syndrome and prader-willi syndrome. *Research in Developmental Disabilities, 25*, 119-138.
- Scatlini, F. L.; Zani, K. P. & Pfeifer, L. (2017). The influence of epilepsy on children's perception of self-concept. *Epilepsy and Behavior, 69*, 57-79.
- Shamah, D. & Mactavish, K. A. (2015). Purpose and perceptions of family. *Youth and Society, 50*, 26-48.

- Shumway, T.; Schonian, S.; Bradshaw, S. & Hayes, N. D. (2017). A revised multifamily group curriculum: The need for family member recovery from addiction. *Groups in Addiction and Recovery*, 12, 260-283.
- Tirri, K. (2016). Finnish and Iranian teacher's views on their competence to teach purpose. *Education for Teaching*, 4, 1-15.
- Tirri, K. & Kusisto, E. (2016). Finnish student teacher's perceptions on the role of purpose in teaching. *Education for Teaching*, 6, 45-60.
- Veiga, I. and Leite, A. (2016). Adolescent's self-concept short scale: A version of PHSCS. *Social and Behavioral Sciences*, 217, 631-637.
- Yang, L. & Shapka, J. (2016). Exploring the relationship between adolescent's self-concept and their offline and online social words. *Computers in Human Behavior*, 55, 940-945.

References in Persian

- Anisi, j., Salimi, h., Mirzamani, M., Rayisi, F. & Niknam, M. (2007). Research on problematic behavior in adolescents. *Behavioral Scienvces*, 1, 163-170.
- Kakabarayi, K., Habibi, M. & Fadayi, Z. (2007). Normalization of youth self-report. *Research in Psychological health*, 1, 50-66
- Salari, R., Shamlo, s., Homan, H. & Purshahbaz, h. (2002). *Comparison of family function in normal and abnormal adolescents*. Tarbiyat modares university, Tehran, 24-35.
- May, R. (2008). *Man search for himself*. (translated by soraya). Tehran: Danzhe.
- May, R. (2014). *Love and will*. (translated by soraya). Tehran: Danzhe.
- Minayi, A. (2006). Adoption and normalization of behavioral cheklist of Achenbach. *Special Children*, 529-558.
- Vedadian, Z., Aghamohammadian, H. & Kareshki, H. (2018). Validation of purposeful based multi-family group therapy. *The 4th international conference on the new horizon in the educational sciences, psychology and social damages*, Tehran.
- Vedadian, Z., Ghanbarih, B. A. & Mashhadi, A. (2013). Effectiveness of mulit-family group therapy on solving the parent-adlescnet conflicts and reduction the aggression in 14-15 year old girls in Mashhad. *Clinical Psychology*, 1:19-41.
- Vedadian, Z., Ghanbarih, B. A. (2014). *Adolescent and family*. Mashhad: Ferdowsi univhshad.