Pajouhan Scientific Journal Volume 19, Issue 1, Autumn 2020, Pages: 1-8

Review Article

doi: 10.52547/psj.19.1.1

Family Mode Deactivation Therapy: Treatment for Adolescent Behavioral Problems

Sara Javadi (MSc)[1], Mohsen Golparvar (PhD)[2,*], Rasieh Izadi (PhD)[3]

[1] *PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran*
[2] *Associate Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran*
[3] *Assistant Professor in Psychology, Safahan Nonprofit Higher Education Institute, Isfahan, Iran*

**** Corresponding Author:*** *Mohsen Golparvar, Associate Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. Email: drmgolparvar@hotmail.com*

Received: 09/05/2020
Accepted: 05/07/2020

How to Cite this Article:
Javadi S, Golparvar M, Izadi R. Family Mode Deactivation Therapy: Treatment for Adolescent Behavioral Problems. *Pajouhan Scientific Journal*. 2020; 19(1): 1-8. DOI: 10.52547/psj.19.1.1

Abstract

Background and Objective: The family traditionally has played a unique role in the development and care for adolescents. For this reason, scientists have consistently sought to formulate and introduce new family-based therapeutic approaches to further enhance the functions of this important social institution. In this manuscript, for the first time in Iran, one of the new treatments in this field is discussed.

Materials and Methods: In this study, a review of the theoretical and research background in the field of family mode deactivation therapy is presented and introduced.

Results: Family Mode Deactivation Therapy has emerged as a third wave treatment for adolescents with behavioral problems. In this treatment, a unique integration of family based mode deactivation, evaluation, enlightenment, and reorientation of fundamental beliefs techniques is used to eliminate problematic behaviors during and after treatment. This treatment is especially applicable in the context of Iranian families.

Conclusion: Family mode deactivation therapy, as a modern therapy, is able to reduce the behavioral problems in adolescents. Therefore, we recommend the use of this treatment to psychotherapists.

Keywords: Adolescences; Behavioral Problems; Family Mode Deactivation Therapy

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.52547/psj.19.1.1]

Copyright © 2020 Pajouhan Scientific Journal. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (*http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/*) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.

مقاله مروری
doi: 10.52547/psj.19.1.1

درمان غیر فعال سازی حالت خانواده محور: درمانی نوین جهت مشکلات رفتاری نوجوان

سارا جوادی[۱]، محسن گل‌پرور[۲،*]، راضیه ایزدی[۳]

[۱] دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)،ایران
[۲] دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران
[۳] استادیار، موسسه آموزش عالی غیر انتفاعی صفاهان، ایران

* **نویسنده مسئول:** محسن گل‌پرور، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران. ایمیل: drmgolparvar@hotmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۲/۲۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۱۵

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

چکیده

سابقه و هدف: خانواده از دیرباز نقشی بی‌بدیل در رشد و مراقبت فرزندان ایفاء نموده است. به همین جهت نیز به طور مداوم اندیشمندان درصدد صورت‌بندی و معرفی رویکردهای درمانی خانواده محور نوین برای هر چه بیشتر کارآمدتر نمودن کارکردهای این نهاد اجتماعی مهم بوده‌اند. در مقاله حاضر برای اولین بار در ایران به یکی از درمان های نوین در این زمینه به نام درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه به شیوه مروری پیشینه نظری و پژوهشی در حیطه درمان غیر فعال‌سازی حالت خانواده محور ارائه و معرفی شده است.

یافته‌ها: درمان غیر فعال‌سازی حالت خانواده محور به عنوان یک درمان موج سوم برای نوجوانان دارای مشکلات رفتاری پدید آمده است. در این نوع درمان، ترکیب منحصر به فردی از فنون غیر فعال سازی حالت خانواده محور، ارزیابی، روشن سازی و جهت دهی مجدد باورهای بنیادین، پذیرش و ذهن آگاهی در مسیر حذف رفتارهای مشکل آفرین در طی درمان و بعد از آن استفاده می‌شود. این درمان به ویژه در بافت خانواده‌های ایرانی نیز قابل کاربرد و استفاده است.

نتیجه‌گیری: درمان غیر فعال‌سازی حالت خانواده محور به عنوان درمانی نوین قادر است موجب کاهش هر چه بیشتر مشکلات رفتاری در نوجوانان شود. به همین جهت استفاده از این درمان را به درمانگران روان-شناس پیشنهاد می‌کنیم.

واژگان کلیدی: درمان غیر فعال سازی حالت خانواده محور؛ مشکلات رفتاری؛ نوجوانان

مقدمه

تقریباً تمامی متخصصین روان شناسی و علوم تربیتی بر این باورند که دوره نوجوانی حساس ترین، بحرانی ترین و مهمترین دوره رشد هر انسان می باشد. در این دوره فرد به بلوغ می رسد، در پی کشف هویت خود، به دنبال استقلال و جدایی از وابستگی های دوره کودکی است، به همین دلایل در این دوره نوجوانان دارای وضعیت روانی با ثباتی نیستند ومعمولا در این دوره است که بیشترین مشکلات رفتاری برای نوجوانان بوجود می آید [۱]. مشکلات رفتاری نوجوانان تاحد زیادی با موضوعات خانواده محور مانند مشکلات زناشویی، سوء مصرف مواد والدین، خشونت در خانواده، غفلت و سوء رفتار با کودکان من جمله سوء استفاده جنسی و فیزیکی ربط دارد. علاوه بر مشکلات برون ریزی مانند پرخاشگری، خشونت و رفتارهای بزه کارانه، برآشفتگی نیز غالبا توسط نوجوانان درونی سازی می شود که موجب بروز اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد، انزوای اجتماعی و ایده پردازی برای خودکشی می شود. علاوه براین، شروع زود هنگام نشانگان آسیب شناسی روانی با بروز مشکلات روانی مزمن در بزرگسالی من جمله، اختلال استرس پس از سانحه، اعتیاد، افسردگی، اختلالات شخصیتی و نیز بزه کاری رابطه دارد [۲،۳]. این درحالی است که درمان منظومه های پیچیده از مشکلات با تامین اثربخشی و دوام، جلوگیری از بازگشت و جلوگیری از انتقال یافتن شان به دوران بزرگسالی دشوار است. به همین دلیل ایجاد یک سیستم درمانی موفقیت

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.52547/psj.19.1.1]

آمیز برای حل و فصل مشکلات رفتاری نوجوانان از اهمیت بالایی برخورداراست [۴]. این واقعیت ها و آمارها دربردارنده رهیافت ها و اشارات مهم در رابطه با درمان نوجوانان مبتلا به مشکلات رفتاری می باشند. مشکلات رفتاری در بین نوجوانان شایع و مختل کننده بوده و می توانند برای نوجوان و اطرافیان وی بسیار مخرب باشند. این اختلالات موجب تضعیف شدن پیوند نوجوان با خانواده و اجتماع شده و در نتیجه موجب کمرنگ شدن احساس تعلق داشتن وی می شوند. بنابراین، مداخلاتی که از قوی ترین شواهد موید برخوردارهستند همان هایی می باشند که بر مشارکت و درگیری خانواده در فرایند درمان مشکلات رفتاری و موضوعات مرتبط با آنها در نوجوانان تاکید بسیار دارند [۵]. MDT (Mode Deactivation Therapy) یکی از این رویکردها است که در زمینه درمان مشکلات رفتاری درون ریز و برون ریز (Internalizing and Externalizing Problems) و سایر اختلالات همبود مانند اختلالات شخصیت، اختلال استرس پس از سانحه و سوء مصرف مواد اثربخش نشان داده شده است [۶]. به عنوان یک درمان بافتی، نظریه MDT بر این اساس استوار شده است که سیستم باورهای هسته ای تجربه محور بر عواطف و شناخت های عادت شده تاثیر می گذارد و این که چگونه این ها با نحوه تعبیر و تفسیر رویدادهای روزمره رابطه دارند. هدف مطالعه MDT آن است که یک رابطه علی معلولی بین باورها و تجارب درونی وجود دارد که در صورت برطرف نشدن موجب بروز برآشفتگی های روزافزون می شود. این فرایندهای شناختی درصورت درمان نشدن می توانند باعث بدتر شدن مشکلات رفتاری شوند [۷].

بنیان های تاریخی و نظری درمان غیر فعال سازی حالت خانواده محور

رویکردهای درمانی قبل از موج سوم، گذشته محور یا بیماری محور بودند (درمان های موج نخست عبارت است از روان تحلیلگری و درمان روانپویشی) یا به طور انحصاری بر زمان حال یا مشکل تاکید داشتند (درمان های موج دوم مانند درمانهای رفتاری، شناختی و گشتالت). در اواخر دهه ۱۹۵۰ و ابتدای دهه ۱۹۶۰، آلبرت الیس و آرون بک این مطلب را درک کردند که روان تحلیلگری سنتی فاقد تمرکز بر افکار هوشیار و فرایندهای باور می باشد که به زعم آنها حائز نقشی مهم و محوری در هدایت کردن تجارب هیجانی و تفکر بود. با تلفیق شدن فنون رفتاری با شیوه شناسی شناخت درمانی، درمانی به نام درمان شناختی-رفتاری (CBT) پدید آمد که اساس زیربنایی رویکردهای موج سوم را تشکیل داد [۸]. در اوایل سال ۲۰۰۰، جک آپشه به نقائص موجود در رویکردهای شناختی-رفتاری، بویژه در رابطه با مشکلات مزمن و پیچیده در جمعیت نوجوان پی برد. دغدغه های اصلی در این رابطه عبارت بود از تمرکز کردن بر مشکلات و ناکارآمدی های مراجعان به عنوان یک معلول ناشی شده از تفکر معیوب، جهت گیری به زمان حال قوی و تحلیل فرایندها و عوامل برانگیزاننده تفکر ناخودآگاه. در نتیجه درمان غیرفعال سازی حالت (MDT) در نقطه شروع با استفاده از CBT به تلفیق کردن مولفه ها و مفاهیم مربوط به سایر رویکردهای گوناگون مانند رواندرمانی کارکردی تحلیلی(FAP) ،رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT)، درمان پذیرش و تعهد (ACT) و ذهن آگاهی پرداخت [۹]. درمان غیر فعال سازی حالت (MDT) در هسته مرکزی خود مبتنی بر تئوری مدهاست که اولین بار توسط بک در سال ۱۹۹۶ بیان شده است. بک، مد را شبکه ای از شناخت، عاطفه، محرکها و عناصر رفتاری می داند که در شخصیت فرد یکپارچه می شود و در موقع روبرو شدن با تنش فعال می شوند. مد، باعث ارائه پاسخ های روانشناختی، فیزیولوژیک و رفتاری به افکار و رویدادها می شود و در حقیقت معرف قله همه تجربیات نوجوان و شناخت های او است. مدها توسط باورهای هسته ای (طرحواره ها) مشخص می شوند. وقتی شخص می خواهد پاسخی به موقعیت های مختلف بدهد، این مدها هستند که چارچوب هدایت کننده ای برای افکار، خلق و رفتارهای او ایجاد می کنند [۱۰]. باور های هسته ای به صورت هوشیار و ناهوشیار هستند و در موقعیت های خطرناک بعنوان یک عامل دفاع کننده از فرد عمل می کنند. در اثر واکنش نوجوان به باورهای هسته ای، مدها بتدریج به صورت دائمی و هماهنگ، یک سیستم خود- حمایتی را برای نوجوان ایجاد می کنند. به عبارت دیگر، مد اولیه یا غریزی، همان واکنش ترس یا تهدید در نوجوان است که هدف آن حفظ بقا و امنیت است. این فرایند موجب افزایش درک تهدید و احساس آسیبی پذیری و درماندگی در نوجوان می شود. همزمان موجب ایجاد افکار، تصاویر و باورهای خطر نیز می شود [۱۱]. همانطور که بک و کلارک اشاره کردند این آسیب پذیری شناختی ناشی از اتفاقات منفی دوران کودکی مثل تروما، مورد غفلت قرار گرفتن، تحقیر، رها شدن یا اضطراب های شدید فعلی، ایجاد ارتباط بین عوامل واقعی تهدید کننده حیات یا حتی رویدادهای درک شده به عنوان تهدید است. بک در سال ۱۹۹۶ نشان داد که مدها در اختلالات بالینی مختلف یا اختلالهای شخصیت به دلیل حضور شاخه های مختلف باورهای ناکارآمد ایجاد می شوند. این باورها فرایند اطلاعات، تفسیر و خاطرات شخص را تحت کنترل خود در می آورند. به عبارت دیگر در نوجوانان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی، ادراک در اثر تأثیر همزمان تجربه های گذشته و مد فعال شده دچار اختلال می گردد. در نتیجه وقتی نوجوان به دلیل فعال شدن یک مد (مبتنی بر اطلاعات غلط و ادراک نادرست) واکنش نشان می دهد، شاهد بسیاری از رفتارهای مخرب در او خواهیم بود [۱۲]. نوجوانان دارای مشکلات رفتاری، وقتی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.52547/psj.19.1.1]

خطری واقعی یا غیر واقعی را درک می کنند، در حالت آماده باش شدید و حساسیت به فعال شدن مدها قرار می گیرند و شدیدا احساس ترس می کنند بنابراین به آسانی می توانند شارژ شده و بدون اینکه خودشان متوجه شوند از حالت سکون به حالت فوق فعال تغییر حالت دهند [۱۳]. درMDT فهم فرایند فعال شدن مد، زمینه مناسبی را برای درمان از سوی درمانگر فراهم می نماید. MDT، آسیب پذیری شناختی در نوجوان را به وسیله کمک به او برای توسعه شناخت خودش مورد توجه قرار می دهد. این کار با توانمندسازی نوجوان در ایجاد ارتباط بین ترس های هوشیار و ناهوشیار و آگاهی نسبت به فرایند فعال شدن مد صورت می گیرد. فرایند فعال شدن بیش از اندازه مد، وقوع هیجانات مخرب و کنترل تکانه ها را در نوجوان در پی دارد [۱۴].

محورهای نظری و عملی درمان غیر فعال سازی حالت خانواده محور

باورهای ناکارآمد در MDT

چارچوب نظری غیر فعال سازی حالت یک چشم انداز متفاوت را در رابطه با باورهای ناکارآمد اتخاذ کرده است. به این معنا، باورهای ناکارآمد آن دسته از افکار و احساساتی هستند که در زمینه دستیابی به اهداف زندگی ایجاد خلل و مشکل می کنند. این مطلب پذیرفته شده است که شناخت، هیجان و رفتار دارای یکپارچگی ذاتی می باشند و شناخت ها و هیجانات دارای تعاملات متقابل با هم می باشند. نشانگان درون ریز و برون ریز نه تنها معلول شناخت های تحریف شده محسوب می شوند که همچنین یک علت قلمداد می شوند زیرا موجب تقویت فرایندهای منفی نهفته و باورها و طرحواره های زیربنایی می شوند. ایجاد تغییر در محتوی شناختی غیر ضروری و بی فایده در نظر گرفته می شود [۱۵]. در عوض در MDT، واقعیت یک سازه فردی و ذهنی مدنظر داشته می شود که تحت تاثیر تجارب گذشته و بافت های کنونی همانند فرهنگ و اثرات ارتباطی و اجتماعی قراردارد. همچنین این گونه بیان می شود که اهداف کنونی نیز ذهنی، بافتی و واکنشی به نیازها و انتظارات برآورده نشده اند. از این رو در این رویکرد باورهای ناکارآمد به عنوان یک نتیجه طبیعی و سازگار تجارب برآشفته کننده محسوب می شوند هرچند دربرابر جریان اطلاعات جدیدی که مخالف با آنها هستند، مقاوم می باشند. این قبیل باورها، با توجه به تاریخچه و بافت مراجع، منطقی و قابل قبول در نظر گرفته می شوند. این چشم انداز رویکردMDT را به سمت لحاظ کردن مفاهیمی مانند پذیرش، گسلش شناختی و هیجانی و جهت دهی مجدد شناختی رهنمون کرده است. اعتقاد براین است که یک پذیرش آشکار و اعتباربخشی به کلیه باورها و تجارب درونی مراجعان، می تواند با تسهیل کردن یک اتحاد درمانی قوی بین درمانگر و مراجع و تقویت کردن انگیزش و تعهد آنان برای دستیابی به اهداف شان مثمر ثمر واقع شود. از این رو به جای تغییردادن باورهای ناکارآمد سعی می شود تا طرحواره های مشکلزا با ایجاد پیوند با عوامل برانگیزاننده محیطی، افکار، احساسات، هیجانات و پاسخ های فیزیولوژیک و رفتاری، شناسایی شود. همچنین این باورها مورد منازعه واقع نشده و در سایه بافت ها و تجارب مراجع پذیرش می شود. مراجع چیزی بیش از باورهایش است باورهایی که چیزی گذرا بوده و یک بعد پایدار از هویت وی را تشکیل نمی دهند. باورها با ملایمت زیر سوال برده می شوند تا موجبات روشن سازی و اعتباربخشی به معنای آنها فراهم شود و سپس به سمت مرحله درمان فعال سوق داده می شوند. درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور (Family Mode DeactivationTherapy) به همانند سایر درمان های خانواده محور، اذعان به این دارد که لحاظ کردن سایر اعضاء خانواده در درمان می تواند بسیار مثمر ثمر باشد. کارکرد واحد خانواده نه تنها یک منبع مهم و حیاتی در رابطه با باورهای هسته ای کودکان و نوجوانان می باشد که همچنین بافتی را برای ایجاد و تقویت شناخت ها و رفتارهای ناکارآمد فراهم می کند. با شناسایی کردن باورهای فردی و جمعی خانوادگی و نیز باورهای مشترک و متعارض، یک رویکرد کل گرا و بادوام تر برای جهت دهی باورهای مشکل زا ممکن می شود [۱۶].

عوامل بافتی سازی در نظریه MDT

نظریه MDT همچنین قدرت عوامل بافتی در رابطه با ایجاد، فعال سازی و تداوم حالت ها و طرحواره ها و باورهای زیربنایی شان را به رسمیت می شناسد. حتی موقعیت های مختلف نیز هنگامی که از لنز باورهای منفی نگریسته می شوند، تیره و تار به نظر می رسند. یک رویداد واقعی یا مورد انتظار به کرات به یک شیوه ناکارآمد یکسان و مشابه تعبیر و تفسیر می شود که موجب بروز افکار، احساسات و هیجانات منفی می شود. این امر به نوبه خود موجب برانگیخته شدن یک پاسخ موقعیتی منفی می شود که نه تنها موجب بدتر شدن تجربه درونی می شود که همچنین تقویت شناختهای منفی زیربنایی را هم به دنبال دارد و این برای نوجوان و اعضاء خانواده به یک چرخه مداوم از بدبینی، خود انتقادگری و ناامیدی بدل می شود – یعنی درونمایه های رایج در افسردگی. هنگامی که فرد تنظیم هیجانی ضعیف داشته یا برآشفتگی برایش غیرقابل تحمل می شود، این احساسات در قالب رفتارهای مضر و منفی ظاهر می شوند که با هدف متوقف سازی احساس کردن درد و رنج ، رهایی یافتن از برآشفتگی ، فرارکردن از آن یا توجه طلبی می باشد [۱۷].

مهم ترین عامل تشدید کننده خودکشی های کامل یا غیرکامل در نوجوانان ، وجود مشکل با یک والد است (۴۷/۵ درصد) . بنابراین، چارچوب دهی شناخت های مشکلزای

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.52547/psj.19.1.1]

نوجوانان در بافت کارکرد خانوادگی شان و روابط بین فردی شان بهترین راهکار به نظرمی رسد که می تواند فرصت مناسبی را برای اثرگذاری مثبت فراهم آورد [۱۸].

تنظیم هیجانی در نظریه MDT

توانایی تنظیم هیجانی یک بعد حیاتی و مهم در درمان موفقیت آمیز اختلالات درون ریزی می باشد. تنظیم هیجانی دارای رابطه مثبت با ایجاد و تداوم افسردگی و اضطراب می باشد و به طور ویژه تر، با مشکلات مربوط به بازداری مطالب شناختی منفی، نشخوارگری، موقعیت های ارزیابی مجدد و تبیین تجارب درونی در ارتباط می باشد. افراد مضطرب و افسرده از گرایش برای هویت یابی کردن با شناخت های منفی شان برخوردار بوده انها را به عنوان چیزی پایدار ، ثابت در نظر گرفته و در تفکر دو قطبی درگیرمی شوند [۱۹]. این عادات با در پیش گرفتن سرکوبی و ابرازگری رفتاری ناکارآمد به جای ارزیابی مجدد یا تغییردادن شیوه تفکر درمورد یک رویداد استخراج کننده هیجان، موجب بازداری از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت و سازگار می شوند [۲۰].

به عنوان یک بعد اساسی و مهم در رابطه با سلامت روان ایجاد و تقویت مهارت های لازم برای شکل دادن راهبردهای تنظیم هیجان موثر، MDT نقشی مهم را در نظریه و عمل ایفا می کند. چند مفهوم و اصل به این توانمندی مربوط می شود مانند ذهن آگاهی، گسلش شناختی و هیجانی و جهت دهی مجدد شناختی. ذهن آگاهی با وجود خصیصه های مهم اش همانند توجه نشان دادن به تجارب درونی و بیرونی در لحظه حاضر و بدون داوری کردن موجب تسهیل درک از این امر می شود که همه چیزها و من جمله افکار، احساسات و هیجانات ، گذرا بوده و نباید آن ها را با واقعیت یا خود انگاره به اشتباه گرفت. درواقع ذهن آگاهی با تاکید کردن بر درون وابسته بودن و پیوند بین همه اشیاء وچیزها و ناپایدار بودن شان، مفهوم بی خود بودن را تقویت می کند. نتیجه این وضعیت فاصله گرفتن فرد از تجارب درونی ناپایدار و خودداری از چسبیدن به آنها می باشد. به این ترتیب ذهن آگاهی حمایت ازگسلش شناختی و هیجانی را به دنبال دارد. به این صورت شناخت ها و هیجانات دیگر چیزهایی ثابت و جزء معرف خود نبوده و از این رو دلیلی ندارد که فرد به آنها یا معانی شان به عنوان حقیقت مطلق بچسبد. دراین فرایند یک پذیرش مبنی براین به وجود می آید که تجارب ناخوشایند زودگذر بوده و چیزی غیرقابل تحمل نمی باشند. به جای درپیش گرفتن یک دیدگاه همه یا هیچ و نگریستن به همه تجارب و باورها به عنوانی چیزی لزوما خوب یا بد، آنها به صورت مفاهیم بینابینی در نظر گرفته می شوند. همین که این درک حاصل می شود، جهت دهی مجدد شناختی ممکن می شود و تنظیم هیجانی به یک راهبرد مثبت معتبر بدل می شود زیرا افکار، احساسات و هیجانان قدرت سهمگین خود را از دست داده و به عنوان پدیده های طبیعی و بخشی از تجارب انسانی انگاشته می شوند [۲۱].

باورهای ناکارآمد در روندهای عملی MDT

از آنجایی که باورهای ناکارآمد نقش مهمی را در مشکلات درون ریز و برون ریز ایفا می کنند، فرایند MDT در مرحله سنجش و مفهوم پردازی موردی و درمان به شناسایی، تحلیل، اعتباربخشی، روشن سازی و جهت دهی مجدد این شناخت های مشکلزا می پردازد. پذیرش و اعتباربخشی اساس همیاری در درمان را تشکیل می دهد و اعضاء خانواده نیز در درمان دخالت داده می شوند تا نه تنها زمینه اتحاد درمانی بهتری حاصل آید که همچنین مقاومت از سوی نوجوان و اعضاء خانواده نیز کاهش داده شود. تجربه نشان داده است که به این وسیله می توان از میزان مقاومت نوجوان و خانواده کاست و به نتایج درمانی بادوام تری پس از پایان درمان دست یافت. باورها و رفتارهای مرکب خانوادگی(Conglomerate Of Beliefs Behaviors) و فرایند اعتباربخشی- روشن سازی و جهت دهی مجدد(Validation Clarification Redirection) به زبانی مشترک در خانواده بدل می شود که امکان خود تدبیری در خانه را فراهم می آورد. باورهای مشکلزا خواه فردی و خواه مشترک به سطح آورده می شوند تا موجبات بحث، نظارت و بهره جویی از تکنیک های مرتبط تسهیل شود. به این ترتیب همه اعضاء درک بهتری را از باورها و احساسات یکدیگر به دست آورده و قادر به پیش بینی کردن تغییرات منفی می شوند. ذهن آگاهی، پذیرش و جهت دهی مجدد شناختی به بخشی از نگرش ها و رفتارهای خانواده بدل می شود که می تواند تاحد زیادی در ایجاد تغییر در الگوهای فکری کلی، کاهش دادن برآشفتگی و ابراز تجارب درونی و جلوگیری از رفتارهای منفی نقش بازی کند زیرا نوجوان راهی برای ابرازکردن مناسب آنها یافته است [۴].

عوامل بافتی در روندهای عملی در MDT به عنوان یک درمان بافتی

MDT نقش مهم عوامل بافتی و موقعیتی را در زندگی هیجانی نوجوانان به رسمیت شناخته است با این وجودیک درون وابستگی مهم بین ویژگی های فردی نوجوان، تجارب پیشین و بافت کنونی در تعیین هیجانات و رفتارها و سیستم باور زیربنایی آنها وجود دارد. MDT این رابطه چند سویه را در سنجش منظم و فرایند مفهوم پردازی موردی اش در نظر می گیرد. گرچه اختلالات درون ریزی غالبا به شکل بیرونی جلوه گر می شوند، مشاهده بسیاری از ابعاد انها آسان نبوده و درمانگرMDT ناگزیر از استفاده ازیک فرایند سنجش منظم و مفهوم پردازی پرزحمت برای درکنارهم گذاشتن کلیه تکه ها

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.52547/psj.19.1.1]

برای تدوین یک طرح درمان دقیق می باشد. افکار، احساسات، رفتارها و پاسخ های فیزیولوژیک با عوامل بافتی مرتبطی که در فعال سازی یا تشدید آنها دخیل هستند، درارتباط می باشند. علاوه براین، این فرایند در بافت خانوادگی صورت می یابد تا کلیه تعاملات و متغیرهای خانوادگی مدنظر قرارداده شوند. تجارب شناختی و رفتاری به طور مداوم بواسطه جریان های علی معلولی به هم گره می خورند و در صورت عدم مداخله به راحتی به یک چرخه واکنشی یا مخرب بدل می شوند. در محیط خانوادگی، MDT به طور مداوم به نظارت و مداخله لازم اقدام می کند. در این فرایند بافت هایی که موجب فعال سازی افکار و احساسات برآشفته کننده می شوند شناسایی می شوند و فرصتی را برای خانواده به منظور نظارت کردن بر آنها و استفاده از تکنیک های جهت دهی مجدد برای جلوگیری از برآشفتگی و نابسامانی فراهم می کنند [۵].

تنظیم هیجانی در روندهای عملی MDT

چند تکنیک در MDT به اثرات منفی ناشی شده از ناتوانی در تنظیم هیجانی مناسب در ایجاد و تداوم اختلالات درون ریزی اختصاص دارد. آنچه در این بافت اهمیت خاصی دارد پذیرش، گسلش شناختی و هیجانی و جهت دهی مجدد شناختی است. پذیرش از طریق تمرینات ذهن آگاهی و مولفه های اعتباربخشی مربوط به فرایند VCR پرورش داده می شود. در ذهن آگاهی چیزها به همانگونه که هستند مشاهده و پذیرفته می شوند که موجب درگیری کمتر با باورها ودیدگاه های مربوط به خود، دیگران و دنیا می شود ضمن این که لحظه حاضر بدون داوری کردن، برچسب زدن یا فرضیه سازی تجربه می شود. درد، هراسها و رنج ها به عنوان بخشی عادی و طبیعی از زندگی و به عنوان چیزهایی گذرا و قابل تحمل انگاشته می شوند. گسلش شناختی و هیجانی، تکنیک هایی هستند که با تسهیل شدن از سوی ذهن آگاهی این امکان را فراهم می کنند تا افکار و احساسات بدون هیچ نوع مقاومت روی دهند. در VCR، به خانواده آموزش داده می شود تا باورها وسایر تجارب مشکلزای خود را درک کرده و بپذیرند که آنان قادر به متوازن سازی باورهای هسته ای شان با باورهای کارآمد جایگزین می باشند. این تکنیک ها به کرات تمرین می شوند تا به بخشی از ویژگی های کارکردی و ارتباطی خانواده بدل شوده و باعث شوند که رویدادهای برآشفته کننده از طریق درک و ارتباطات متقابل مهار شوند. به این ترتیب مشکلات درون ریز و برون ریز کاهش یافته ودر جهات مثبت کنترل می شود [۱۶].

شواهد پژوهشی در حمایت از درمان غیر فعال سازی حالت خانواده محور

درمان غیرفعال سازی حالت به عنوان یک درمان تازه و روبه رشد توانسته است از ابتدای مسیر، موفقیت قابل توجهی را در رابطه با جمعیت های فردی و خانوادگی نشان دهد در حالی که از توان بالقوه بالاتری در این رابطه برخوردار می باشد. درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور به عنوان یک روش درمانی موج سوم، طوری طراحی شده که بتواند چارچوب مناسبی برای درمان نوجوانان و خانواده های آنها ایجاد کند. درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور به عنوان یک درمان اثربخش برای دامنه ای از مشکلات نوجوانان [۲۲]، من جمله تنظیم هیجانی ناکارآمد [۲۳]، تنظیم رفتاری ناکارآمد [۲۴]، پرخاشگری فیزیکی [۲۵]، پرخاشگری جنسی [۲۶] و بسیاری از نشانگان اضطراب و استرس تروماتیک ظاهر شده است. علاوه براین در کاستن از ناهماهنگی های خانوادگی درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور توانسته است در درمان خانواده های دارای دامنه ای از مشکلات رفتاری [۲۸] و نیز حفظ دستاوردهای درمانی براساس ردیابی نرخ بازگشت به جرم دوساله در قیاس با درمان معمولی برتری نشان دهد [۲۹،۲۸،۲۵،۹،۷]. نتایج MDT خانواده مدار در رابطه با ۱۴ نوجوان دچار پرخاشگری فیزیکی و جنسی و نیز رفتارهای نافرمانی من جمله پرخاشگری کلامی نشانگر برتری MDT دربرابر درمانهای معمول بوده است [۲۲]. در مشاهدات ۱۸ ماهه گروه MDT یک بازگشت به جرم صفر را نشان داده است در حالی که گروه درمانهای معمول ده مورد بازگشت به جرم را دارا بوده است. در گروه MDT سه مورد پرخاشگری فیزیکی گزارش شده است در حالی که در گروه درمانهای معمول دوازده مورد گزارش شده است. نتایج برای درمان MDT خانواده مدار نویدبخش بوده است اما محققان درخواست کرده اند که این مطالعه بر نمونه های بزرگتر اجرا شود تا موجب بهبود بخشی معناداری آماری شود [۲۲]. در یک مطالعه MDT خانواده مدار بر بیماران سرپایی [۲۵] نتایج با گروه درمانهای معمول مقایسه شده است. در این مطالعه پرخاشگری فیزیکی در نوجوانان به همراه مشکلات سلوک و ویژگی های مربوط به اختلالات شخصیتی بررسی شده است. در مجموع ۱۵ خانواده مشارکت داشته اند ؛ هشت خانواده در گروه MDT و هشت خانواده در گروه درمانهای معمول. نتایج نشان داد که درمان MDT توانسته است در پیگیری بیست هفته ای بر درمانهای معمول پیشی بگیرد. مهم ترین یافته این مطالعه آن بود که گروه MDT هیچ نوع ارجاع آتی را نداشت در حالی که میزان ارجاع های آتی درگروه درمانهای معمول هفت مورد بود. این نتایج نشانگر اثربخشی بالقوه FMDT در رابطه با این جمعیت می باشد هر چند تعداد اندک شرکت کننده ها یکی از محدودیت این مطالعه بوده است [۲۵]. آپشه و همکاران به تکمیل یک مطالعه درمانی مجزا بر ۴۰ نوجوان و خانواده آنها پرداخته اند که ۲۰ نفر از آن ها در گروه درمانهای معمول و ۲۰ نفر آنها در گروه تجربی MDT جایگزین شده اند. نتایج

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.52547/psj.19.1.1]

این مطالعه موجب ارتقاء داده های درمانی کلی بـرای MDT شده است. MDT در کلیه حیطه هـا مراجعـان بـر درمانهـای معمول پیشی گرفته است من جمله خشم و اضطراب سنجش شـده توسـط STAXI-II. مولفـه خشـم کنتـرل –بیرونـی STAXI-II –توانمندی مراجعان بـرای ابرازکـردن خشـم بـه سمت دیگران یا محیط – تا حد ۴۰٪ درگـروه MDT کـاهش نشان داده است که دربرابر ۴٪ در گروه درمانهای معمول بوده است.مولفه خشم کنتـرل – درونـی STAXI-II – توانمنـدی مراجعان برای کنترل کردن خشم به شکل درونی تا حد ۳۵٪ در گروه MDT بهبود یافته است در حالی که ایـن میـزان در گروه TAU تنهـا ۱۰٪ بـوده اسـت. اخـتلالات درون ریـزی و برون ریزی نوجوانان که توسط چـک لیسـت رفتـار کودکـان(CBCL) سنجش شده است نیز در گروه MDT با بهبودهـای قابل توجه روبه رو شده است. در ایـن مطالعـه نتیجـه گیـری شده است که FMDT می تواند یک درمـان مناسـب و مـوثر برای خانواده ها و نوجوانان دارای مشکلات سـلوک و رفتـاری باشد. علاوه براین، FMDT در کاهش دادن میزان بازگشت به جرم و پرخاشگری فیزیکی در طی یک پیگیری دوساله موثرتر از گروه درمانهای معمول بوده است. (۲ مورد دربرابر ۵۹ مورد) مطلب مهم تر می تواند این باشد که گرچه درمانهای معمـول به یک کاهش ۴۴٪ در میـزان بـروز رویـدادهای پرخاشـگری فیزیکی در طی دوره درمان دست یافته است، این عدد و رقـم بعد از گذشت دوسال تقریبا به سطوح پیش از درمان بازگشت کرده است [۲۵].

بحث

چند مطالعه نشان داده است که فقدان انسجام و هماهنگی در خانواده مراجعان با رفتارهای بزهکاری، مشکلات سلوک و رفتارهای ضد اجتماعی در نوجوانان رابطه دارد [۳۲-۳۰]. فروپاشی در روابط و مسئولیت ها دارای رابطه مستقیم با غیاب والدین، مشکلات زناشویی، خشونت خانوادگی، سوء مصرف مواد، اختلالات سلامت روان، سوء استفاده جنسی و جسمی از کودکان و غفلت می باشد.کودکانی که در معرض این موارد منفی قرار می گیرند، به احتمال بیشتری به اختلالات شخصیتی و رفتاری مختلف دچار می شوند که غالبا به دوران بزرگسالی نیز کشانیده می شود، حتی قوت دلبستگی های والدینی تحت الشعاع مشکلات ساختاری و سایر مشکلات قرار می گیرد از این رو هرنوع مداخله اولیه باید به روابط بین فردی در خانواده و نیز مشکلات خاص نوجوانان اختصاص داده شود [۳۳]. تغییرات مثبت در روابط بین فردی خانواده می تواند موجب کاهش بزهکاری و ارتباط با گروه های بزهکار به طور کلی شود [۳۴]. درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور(FMDT) می تواند یک رویکرد یکپارچه و اثربخش برای کاهش رفتارهای ناکارآمد در نوجوانان ازطریق پرداختن به باورهای هسته ای ناکارآمد و نامناسب خانوادگی باشد. در این درمان، باورهای جایگزین بر روی یک پیوستار اکتشاف و بررسی می شوند و در مواقعی که فعال سازی یک باور منفی پیش بینی می شود، نوجوان را قادر به انتخاب هوشیارانه رفتار مناسب می کند. رویکردFMDT می تواند موجبات توانمندسازی نوجوانان و خانواده هایشان را برای ادامه دادن تمرین مفاهیم FMDT پس از درمان را فراهم سازد و درمانی موثر جهت کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان می باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور به عنوان درمانی نوین برای کمک به نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری و خانواده‌های آن‌ها است. به دلیل این‌که نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری و خانواده‌های آن‌ها در بسیاری از مواقع به دلیل عدم تجربه و مهارت لازم و کافی، قادر به مواجهه و مقابله موثر و کارآمد با مشکلات رفتاری نیستند، توصیه می‌شود تا این نوجوانان و خانواده‌های آن‌ها از طریق مجاری مختلف از جمله از طریق مشاوران مدارس به مراکز درمان روان‌شناختی برای گذراندن دوره درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور معرفی شوند. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود تا درمان غیرفعال سازی حالت خانواده محور از طریق مراکز درمانی برای درمانگران نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری آموزش داده شود تا این درمانگران هر چه بیشتر بتوانند برای نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری و خانواده‌های آن‌ها موثر واقع شوند. از جمله محدودیت های مطالعه حاضر بررسی درمانی نوین جهت مشکلات رفتاری نوجوانان بوده، بنابراین در تعمیم نتایج به مقاطع سنی دیگر باید احتیاط شود.

تشکر و قدردانی

نگارندگان ازکلیه همکارانی که ما را در اجرای این پـژوهش یاری دادند، کمال تشکر را دارند.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافع برای نویسندگان در این مطالعه وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه بخشی از رساله دکتری روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) است که بر پایه اصول اخلاقی پذیرفته و توصیه شده برای انجام تحقیقات علمی در کلیه مراحل طراحی، اجرا، تحلیل و تدوین نتایج اجرایی شده و دارای کد اخلاق از کمیته نظارت اخلاقی بر تحقیقات علمی به شماره IR.IAU.KHUISF. REC.1397.231 می‌باشد.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.52547/psj.19.1.1]

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان امور مربوط به مقاله و پیگیری های آن را بر عهده داشته است.

حمایت مالی

این تحقیق هیچ کمک مالی خاصی از سازمانهای تامین مالی در بخش های دولتی، تجاری یا غیرانتفای دریافت نکرده است.

REFERENCES

1. Anisi J, Salimi H, Mirzamani M, Reisi F, Niknam m. A Survey Study on Behavioral Problems in Adolescence. Journal of Behavioral Sciences 2010; 1(2): 163-170. (Persian)
2. Scott KM, Smit DR, Ellis PM. Prospectively ascertained child maltreatment and its association with mental disorders in young adults. Archives of General Psychiatry 2010; 67(7): 712-719.
3. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse on mental healt: prospective study in males and females. British Journal of Psychiatry 2004; 184(5): 416-421.
4. Swart J, Apsche JA. Family mode deactivation therapy (FMDT): A randomized controlled trial for adolescents with complex issues. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2014; 9(1): 14–22.
5. Swart J, Apsche JA. A comparative treatment efficacy study of conventional therapy and mode deactivation therapy (MDT) for adolescents with conduct disorders, mixed personality disorders, and experiences of childhood trauma. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2014; 9(1): 23–29.
6. Apsche JA, DiMeo L. Application of Mode deactivation therapy to juvenile sex abuser. In S. Bengis & D. Prescott (Eds.), Current applications: Strategies for working with sexually aggressive youth and youth with sexual behavior problem. Holyoke, MA: Neari Press 2010.
7. Apsche JA, Bass CK, Zeiter JS, Houston MA. Family mode deactivation therapy in a residential setting: Treating adolescents with conduct disorder and multi-axial diagnosis. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2009; 4(4): 328-339.
8. Apsche JA. A literature review and analysis of mode deactivation therapy. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2010; 6(4): 296-340.
9. Apsche JA, Bass CK, Backlund B. Mediation analysis of mode deactivation therapy (MDT). The Behavior Analyst Today 2012; 13(2): 2-10.
10. Beack AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobia: A cognitive perspective. New York: Basic Books; 1985.
11. Clark DA, Beck AT. Cognitive therapy of Anxiety disorders. New York: Guilford Press 2010.
12. Beck AT. Beyond belief: A theory of modes, personality and Psychopathology. In P. M. Salkovaskis (ED.), Frontiers of cognitive therapy. New York: Guilford Press; 1996.
13. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of Anxiety and panic (2nded). New York: Guilford Press; 2002.
14. Apsche JA, Ward SR. Mode deactivation therapy and cognitive behavior therapy: A description of treatment results for adolescents with personality belifes, sexual offending and aggressive behaviors. Behavior Analyst Today 2003; 3: 460-470.
15. Beck JS. Cognitive Behavior Therapy: Basick and beyond (2Ed.). New York: NY: Guilford Press; 2011.
16. Apsche JA, DiMeo L. Mode deactivation therapy for aggression and oppositional behavior in adolescents: An integrative methodology using ACT, DBT, and CBT. Oakland, CA: New Harbinger 2012.
17. Sanchez F, *Suicide explained: A neuropsychological approach.* Bloomington, IN: Xlibris; 2007.
18. O'Connor S S, Brausch A, Anderson A R, Jobes D A. Applying the collaborative assessment and management of suicidality (CAMS) to suicidal adolescents. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2014; 9 (3): 53-58.
19. D'Avanzato C, Joormann J, Siemer M, Gotlib I H. Emotion regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specifi city and stability of strategy use. Cognitive Therapy and Research 2013; 37 (5): 968–980.
20. John OP, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. Journal of Personality 2004; 72 (6):1301–1333.
21. Apsche JA, Siv AM. Mode deactivation therapy (MDT): Atheoreticalcase analysis on a suicidal adolescent. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2005; 1(2): 130–144.
22. Apsche JA, Bass CK, Siv AM. A treatment study of a suicidal adolescent with personality disorder or traits: Mode deactivation therapy compared to treatment as usual. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2006a; 2 (2): 215–223.
23. Apsche JA, Ward Bailey S. Mode deactivation therapy: A theoretical case analysis (part 1). The Behavior Analyst Today 2003; 4 (3): 342–353.
24. Apsche JA, Bass CK, Murphy CJ. An empirical comparison of cognitive behavioral therapy (CBT) and mode deactivation therapy (MDT) with adolescent males with conduct disorder and/or personality traits and sexually reactive behaviors. The Behavior Analyst Today 2004a; 5 (4): 359–371.
25. Apsche JA, Bass CK, Houston,MA. Family mode deactivation therapy as a manualized cognitive behavioral therapy treatment. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2008; 4 (2): 264–277.
26. Apsche JA, Bass CK, Jennings JL, Siv AM. A review and empirical comparison of two treatments for adolescent males with conduct and personality disorder: Mode deactivation therapy and cognitive behavior therapy. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2005b; 1 (1): 27–45.
27. Apsche JA, Bass CK. A review and empirical comparison of three treatments foradolescent males with conduct and personality disorder: Mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and social skills training. International Journal of Behavioral Consultatio and Therapy 2006; 2 (3): 382–398.
28. Bass CK, Apsche JA. Mediation analysis of mode deactivation therapy (MDT): Reanalysis and interpretation. The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2013; 8 (2): 1–6.
29. Murphy CJ, Siv AM. A one year study of mode deactivation therapy: Adolescent residential patients with conduct and personality disorders. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy 2011; 7 (1): 33 –40.
30. Cottle CC, Lee RJ, Heilbrun K. The prediction of criminal residivism in juvenils: A meta-analysis. Criminal Justice and Behavior 2001; 28(3): 367- 394.
31. Demuth S, Brown SL. Family structure, Family processe and adolescent delinquency: The significance of parental absence versus parental gender. Journal of Research in Crime and delinquency 2004; 41(1): 58- 81.
32. Juby H, Farrington DP. Disentangling the link between disrupted families and delinquency. British Journal of Criminology 2001; 41(1): 22- 40.
33. Kierkus CA, Baer D. A social control explanation of the relationship family structure and delinquent behavior. Canadian Journal of Criminology 2002; 44(4): 425-458.
34. Huey SJ, Henggler SW, Brondino MJ, Pickrel SG. Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and imoroved family and peer functioning. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2000; 68(3): 451-467.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.52547/psj.19.1.1]