

Research Paper

Comparison of the effectiveness of multisystemic therapy and schema therapy based on mothers' training on interpersonal reactivity in adolescent girls with psychopathic behaviors

Mahnaz Shahbazzpour¹ , Seyedeh Maryam Mousavi^{2*} , Samereh Asadi Majreh² 

1. Ph.D. Student in General Psychology, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

Citation: Shahbazzpour M, Mousavi SM, Asadi Majreh S. Comparison of the effectiveness of multisystemic therapy and schema therapy based on mothers' training on interpersonal reactivity in adolescent girls with psychopathic behaviors. *J Child Ment Health*. 2025; 12 (2):51-69.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1502-en.html>



 [10.61186/jcmh.12.2.4](https://doi.org/10.61186/jcmh.12.2.4)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Psychopathic behaviors, multisystemic therapy, schema therapy, interpersonal reactivity, adolescent girls

Background and Purpose: Recent studies show that adolescents showing psychopathic behaviors experience difficulties in interpersonal reactivity. So, the present study aimed to compare the effectiveness of Multisystemic Therapy (MST) and Schema Therapy (ST) based on mothers' training on interpersonal reactivity in adolescent girls with psychopathic behaviors.

Method: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest method, including two experimental groups and one control group. The statistical population consisted of all tenth- and eleventh-grade students from four public high schools for girls in Karaj City during the 2023–2024 academic year. From a total of 520 students, thirty adolescents with psychopathic behaviors—identified using a cut-off score of 27 on the Levenson Self-Report Psychopathy Scale—were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups (10 participants in each group). The first experimental group received twelve weekly sessions of MST, while the second experimental group took part in twelve weekly group sessions of ST. Meanwhile, the control group continued to receive the regular educational programs provided by their school. Data collection tools included the Self-Report Psychopathy Scale (LSRPS; Levenson, 1995) and the Davis Interpersonal Reactivity Questionnaire (DIRQ; Davis, 1983). Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and Bonferroni post-hoc tests with SPSS- 24.

Result: The findings showed that both MST and ST based on mothers' training were effective in improving interpersonal reactivity compared to the control group ($P<0/001$). However, MST had a greater effect than ST in enhancing interpersonal reactivity among adolescent girls with psychopathic behaviors ($P<0/001$).

Conclusion: Based on the results, MST is a more effective approach for addressing the psychological consequences in students with psychopathic behaviors. Therefore, these interventions can be used as complementary methods alongside other therapeutic and preventive programs.

Received: 9 May 2025

Accepted: 8 Jul 2025

Available: 9 Aug 2025



* **Corresponding author:** Seyedeh Maryam Mousavi, Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

E-mail: Mm.mousavi@iau.ac.ir

Tel: (+98) 1333423308

2476-5740/ © 2024 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

Psychopathy is characterized by traits such as egocentrism, impulsiveness, irresponsibility, shallow affect, and a lack of empathy, which typically begin in childhood or adolescence and tend to intensify over time (1, 2). Although only about 1% of the general population shows severe psychopathic traits, this group manages a disproportionately high rate of criminal behavior (3). In recent years, there has been increasing focus on psychopathy in adolescent girls, as this group tends to experience more severe interpersonal difficulties, impulsive reactions, and emotional disorders (5, 6).

Interpersonal reactivity is one of the core components of social relationships and includes elements such as perspective-taking, fantasy, empathy, and personal distress. It plays a critical role in the quality of social interactions. Individuals with higher interpersonal reactivity are more successful in forming social relationships and have a more correct understanding of others' emotional states (7). Research evidence suggests that interventions such as emotion regulation training, cognitive restructuring, Multisystemic Therapy (MST), and Schema Therapy (ST) can be effective in improving reactivity and reducing antisocial behaviors in adolescents (16, 17). MST, with its emphasis on familial, educational, and social factors, is considered a comprehensive and effective approach for adolescents with behavioral problems (18). Similarly, ST which focuses on finding and changing maladaptive cognitive and emotional patterns, can bring about significant improvements in emotional and social skills (24). Despite the proven effectiveness of each of these approaches, no study in Iran has yet directly compared MST and ST based on mothers' training among psychopathic adolescent girls. Therefore, the present study was conducted to examine and compare the effectiveness of these two approaches in enhancing interpersonal reactivity among adolescent girls with psychopathic behaviors.

Method

The present study is applied in terms of its objective and quasi-experimental in terms of its method, employing a pretest-posttest design with two experimental groups and one control group. The statistical population consisted of all tenth- and eleventh-grade students from four public high schools for girls in Karaj City during the 2023–2024 academic year. Out of 520 students in these schools, 30 adolescents with psychopathic

behaviors were selected through convenience sampling based on inclusion and exclusion criteria and voluntary participation. They were then randomly assigned to two experimental groups and one control group (10 participants in each group). The inclusion criteria for adolescent participants were between 15 and 18 years old, obtaining a cutoff score of 27 or higher on the Levenson self-report psychopathy scale, and providing informed consent (from the adolescent, their parents, or legal guardian). The exclusion criteria included: having a physical illness or chronic psychological disorders (determined through clinical interview), lack of cooperation or absence from more than three intervention sessions and receiving concurrent psychotherapy or pharmacotherapy. For mothers, the inclusion criteria were providing informed consent and having at least a high school diploma. Exclusion criteria for mothers included missing more than two sessions or incomplete completion of the research questionnaires. Based on these criteria, two participants from each group were unable to continue, and the final analysis was conducted with 30 participants (10 students per group). Therefore, the first sample size consisted of 36 adolescents, with 12 participants in each group. The research instruments included the Self-Report Psychopathy Scale (LSRPS; Levenson) (33) and the Davis Interpersonal Reactivity Questionnaire (DIRQ; Davis) (7). The first experimental group received MST interventions (16, 39) for adolescents, parents, and teachers, and the second experimental group received ST interventions (26) for mothers, each consisting of twelve 90-minute weekly group sessions. Meanwhile, the control group continued to receive the regular educational programs provided by their school. The mean ages of adolescents in the MST, ST, and control groups were 15.80, 16.20, and 15.60 years, respectively. The standard deviations for each group were 0.79, 0.42, and 0.52, respectively. A one-way ANOVA showed no significant differences in age among the three groups ($F = 2.63$, $P > 0.05$). In each group, 8 students were in the 10th grade and 2 students were in the 11th grade. Finally, the data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and Bonferroni post hoc test through SPSS version 24.

Results

Table 1 presents the descriptive statistics used to assess the normality of the distribution of the research variables.

Table 1. Descriptive Statistics of Study variables in pretest and posttest

Variable	Group	M	SD	S-W	Sig	
Personal distress	Pretest	Multisystemic therapy	16.70	4.96	0.95	0.43
		Schema therapy	19.00	3.55	0.92	0.32
		Control	19.40	2.17	0.91	0.29
	Posttest	Multisystemic therapy	14.50	1.35	0.91	0.28
		Schema therapy	19.81	3.73	0.92	0.38
		Control	20.00	2.40	0.90	0.23
Fantasy	Pretest	Multisystemic therapy	22.23	1.76	0.90	0.23

Perspective-taking	Posttest	Schema therapy	20.40	1.95	0.93	0.49
		Control	24.70	3.82	0.89	0.16
		Multisystemic therapy	19.50	2.59	0.86	0.08
		Schema therapy	21.56	1.67	0.96	0.80
		Control	22.43	3.89	0.68	0.10
		Multisystemic therapy	17.10	3.96	0.92	0.38
	Pretest	Schema therapy	18.04	3.44	0.92	0.35
		Control	16.50	2.99	0.83	0.20
		Multisystemic therapy	19.10	2.64	0.93	0.42
		Schema therapy	20.60	1.42	0.93	0.40
		Control	17.90	2.51	0.91	0.21
		Multisystemic therapy	16.81	3.79	0.89	0.18
Empathy	Posttest	Schema therapy	18.70	4.78	0.92	0.38
		Control	16.44	3.26	0.93	0.42
		Multisystemic therapy	18.00	2.82	0.93	0.46
		Schema therapy	19.50	3.47	0.97	0.90
		Control	19.97	3.65	0.91	0.30
		Multisystemic therapy	64.97	5.72	0.90	0.21
Total interpersonal reactivity	Pretest	Schema therapy	67.34	6.19	0.85	0.21
		Control	61.85	3.78	0.91	0.30
		Multisystemic therapy	73.10	7.02	0.91	0.30
	Posttest	Schema therapy	67.98	7.29	0.95	0.65
		Control	65.43	5.21	0.87	0.09
		Multisystemic therapy				

Note. *M* = Mean, *SD* = Standard Deviation, *S-w* = Shapiro-Wilk, *Sig* = Significance

To determine the effect of the interventions on the total scores of the dependent variables, a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was conducted. After verifying that the assumptions of the test were met, the results indicated that the effect of the group on the linear combination of the components of the dependent variables was statistically significant ($P < 0.001$). Wilks' Lambda test showed that 41.1% of the variance in interpersonal reactivity was attributable to the treatments (Wilks' Lambda = 0.411, $F = 3.49$, $P = 0.001$). The results of the univariate ANCOVA for comparing the experimental and control groups in the posttest, while controlling for the pretest scores, indicated significant differences among the groups in the components of perspective-taking and personal distress ($P < 0.05$). Eta squared values further revealed that 29.2% of the variance in perspective-taking, 47.3% of the variance in personal distress, and 32.4% of the variance in the total score of interpersonal reactivity could be attributed to the treatment effects. Additionally, Bonferroni post hoc tests showed that in the schema therapy group, perspective-taking increased significantly compared to the control group ($P < 0.05$). In contrast, personal distress was significantly reduced in the MST group compared to both the ST and control groups ($P < 0.05$). Furthermore, interpersonal reactivity improved more in the MST group than in the ST and control groups ($P < 0.05$).

Conclusion

The present study aimed to compare the effectiveness of MST and ST based on mothers' training in enhancing interpersonal reactivity among adolescent girls showing psychopathic behavior. The results showed that both interventions were significantly effective, with MST showing greater efficacy.

These findings are consistent with earlier research (17, 19, 20). MST, by focusing on various environmental systems surrounding the adolescent (family, school, and community) and actively involving mothers', played a significant role in improving interpersonal reactivity by enhancing family relationships and reducing interpersonal anxiety (16, 21). Furthermore, the integration of cognitive-behavioral therapy components within this model contributed to the correction of distorted thoughts and the enhancement of adolescents' emotional awareness. In conclusion, MST play a key role in managing the emotional and behavioral components of psychopathic adolescents—particularly in improving communication skills and empathy.

However, MST did not have a significant effect on the components of empathy, perspective-taking, and fantasy. This may be due to the primary focus of MST on changing observable behaviors and external interactions, rather than targeting deeper cognitive-emotional aspects. Fantasy refers to an individual's capacity to imaginatively reconstruct others' experiences, which is less related to emotional responsiveness (1). In contrast, ST led to the development of more positive parent-child relationships (28) and contributed to the improvement of perspective-taking. By restructuring early maladaptive schemas, this approach enhanced emotional and social skills in both adolescents and their mothers'. Among the limitations of the mothers' study are the homogeneous gender of the sample, the small sample size, and the absence of a follow-up stage. It is recommended that future research replicates this study with larger samples and includes follow-up assessments. Finally, it is suggested that multidimensional and integrative therapeutic approaches be implemented by

educational authorities for the effective management of psychoathic traits in adolescents.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the first author's doctoral dissertation in General Psychology at the Islamic Azad University, Rasht Branch. The scientific approval for this study was granted by the Islamic Azad University, Rasht Branch, under letter number 17/16/4/18240 dated January 16, 2024, and the implementation permission for collaborating with participants was issued by the Education Department of District 3, Karaj, on January 20, 2024. This study holds an ethics approval code IR.IAU.RASHT.REC.1403.025 issued by the Biomedical Ethics Committee of Islamic Azad University, Rasht Branch. Ethical considerations outlined by the American Psychological Association's publication guidelines and the ethical codes of the Iranian Psychological Organization such as confidentiality, data protection, and obtaining written informed consent from participants were fully seen throughout the research.

Funding: This study was conducted without any financial support from institutions and was fully funded by the authors themselves.

Authors' contribution: The first author was the main designer and responsible for data collection. The second author served as the supervisor, and the third author functioned as the advisor professor in this article.

Conflict of interest: This research did not involve any conflicts of interest for the authors, and its results have been reported with complete transparency and without bias.

Data availability statement: All data from this study are available to the corresponding author and were sent to the journal at the time of manuscript review. They will also be made available to a specific researcher upon reasonable request.

Consent for publication: The authors have full consent to publish this article.

Acknowledgments: We express our deepest gratitude to the esteemed participants and all those who helped us conduct the research.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان چندسیستمی و طرحواره درمانی مبتنی بر آموزش مادران بر واکنش پذیری بین فردی در نوجوانان دختر دارای رفتارهای جامعه ستیز

مهناز شهبازپور^۱، سیده مریم موسوی^{۱*}، سامره اسدی مجره^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

رفتارهای جامعه ستیزی،
درمان چندسیستمی،
طرحواره درمانی،
واکنش پذیری بین فردی،
نوجوانان دختر

زمینه و هدف: پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که نوجوانان جامعه ستیز در واکنش پذیری بین فردی دچار مشکل هستند. بدین ترتیب، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان چندسیستمی و طرحواره درمانی مبتنی بر آموزش مادران بر واکنش پذیری بین فردی در نوجوانان دختر دارای رفتارهای جامعه ستیز انجام شد.

روش: این پژوهش از نوع شبه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش آموزان پایه‌های دهم و یازدهم ۴ مدرسه دولتی دخترانه شهر کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود. از میان ۵۲۰ دانش آموز این مدارس، ۳۰ نوجوان دارای رفتارهای جامعه ستیز براساس نمره برش ۲۷ در پرسشنامه جامعه ستیزی لونسون به عنوان نمونه پژوهش با روش در دسترس، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه (در هر گروه ۱۰ نفر) جایدهی شدند. گروه آزمایش یکم به مدت ۱۲ جلسه هفتگی درمان چند سیستمی و گروه آزمایش دوم به مدت ۱۲ جلسه هفتگی طرحواره درمانی به صورت گروهی شرکت کردند، در حالی که گروه گواه آموزش‌های معمول مرکز آموزشی خود را دریافت می کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس خودسنجی جامعه ستیزی (لونسون، ۱۹۹۵) و مقیاس واکنش پذیری بین فردی (دیویس، ۱۹۸۳) بود. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بن فرونی با نرم افزار SPSS-24 تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو روش درمان چندسیستمی و طرحواره درمانی مبتنی بر آموزش مادران در مقایسه با گروه گواه در واکنش پذیری بین فردی مؤثر بوده است ($p < 0/001$). با این وجود، درمان چندسیستمی بیشتر از طرحواره درمانی بر بهبود واکنش پذیری بین فردی در نوجوانان دختر جامعه ستیز اثر داشته است ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: براساس نتایج به دست آمده، درمان چندسیستمی روش مؤثرتری برای مقابله با پیامدهای روان شناختی دانش آموزان با رفتارهای جامعه ستیز است. بنابراین از این درمان‌ها می توان به عنوان یک روش مکمل در کنار سایر روش‌های دیگر در درمان و برنامه‌های پیشگیرانه استفاده کرد.

دریافت شده: ۱۴۰۴/۰۲/۱۹
پذیرفته شده: ۱۴۰۴/۰۴/۱۷
منتشر شده: ۱۴۰۴/۰۵/۱۸

* نویسنده مسئول: سیده مریم موسوی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

رایانامه: Mm.mousavi@iau.ac.ir

تلفن: ۰۱۳-۳۳۴۲۳۳۰۸

مقدمه

جامعه ستیزی^۱ شامل مواردی از جمله خودمحوری^۲، تکانشگری، عدم مسئولیت پذیری^۳، احساسات سطحی^۴، و فقدان همدلی^۵ است که از کودکی و نوجوانی آغاز می شود و روندی افزایشی دارد (۱، ۲). اگرچه تنها ۱ درصد از جمعیت عمومی دارای ویژگی های جامعه ستیزی شدید هستند، اما این گروه سهم قابل توجهی در ارتکاب جرایم دارند (۳). به طور کلی، شیوع^۶ این ویژگی ها در جامعه عمومی حدود ۴/۵ درصد است، در حالی که در میان زندانیان مرد به ۱۵-۲۵ درصد و در زندانیان زن به ۱۰-۱۲ درصد می رسد (۴). در سال های اخیر توجه پژوهشگران به جامعه ستیزی در زنان نیز جلب شده و شواهد نشان می دهند که زنان جامعه ستیز در محیط زندان رفتارهای تکانشی بیشتری از خود بروز می دهند و مشکلات بسیاری در روابط اجتماعی بین فردی دارند (۵، ۶).

واکنش پذیری بین فردی^۷ یکی از مؤلفه های اصلی روابط اجتماعی است و به رفتارهایی اطلاق می شود که در تعاملات مؤفق و چهره به چهره ضروری هستند. این مفهوم که نقشی کلیدی در سازش یافتگی اجتماعی دارد از چهار مؤلفه اصلی دیدگاه گیری^۸ (توانایی پیش بینی دیدگاه و رفتار دیگران)، خیال پردازی^۹ (قراردادن خود در دنیای ساختگی آثار هنری)، همدلی (احساس گرمی و همدردی نسبت به دیگران)، و پریشانی شخصی^{۱۰} (نگرانی و اضطراب در شرایط بین فردی) تشکیل شده است. افراد دارای واکنش پذیری بالاتر، روابط اجتماعی مؤفق تری برقرار می کنند و درک دقیق تری از حالات هیجانی دیگران دارند (۷).

به طور کلی واکنش پذیری بین فردی شامل دو بعد واکنش پذیری شناختی^{۱۱} و عاطفی^{۱۲} است. بعد شناختی به تمایل یا توانایی فرد برای درک افکار و دیدگاه دیگران مربوط می شود و بعد عاطفی بر احساسات فرد نسبت به دیگران معطوف است (۸). افرادی که خیال پردازی بالا دارند به شکل مؤثری می توانند افکار و احساسات دیگران را درک و تفسیر کنند.

همچنین به کارگیری تحلیل و تصور دنیای درونی دیگران، دقت در واکنش پذیری بین فردی را گسترش می دهد (۹).

دیدگاه گیری نیز به عنوان یکی از مؤلفه های شناختی واکنش پذیری، در دوره نوجوانی به شکلی پویا تحول می یابد. در پژوهشی مشخص شد که این مؤلفه تحت تأثیر روابط خانواده، محیط مدرسه، و آموزش مهارت های اجتماعی^{۱۳} قرار دارد و از طریق این آموزش، رفتار اجتماعی تقویت می شود (۱۰). همچنین، توانایی در خودتنظیمی هیجانی^{۱۴} که نقش مهمی در تعاملات اجتماعی^{۱۵} ایفا می کند، با سطوح بالاتر واکنش پذیری بین فردی مرتبط است. افرادی که در این توانایی مهارت دارند، معمولاً همدلی بیشتری را در روابط بین فردی بروز می دهند و پریشانی شخصی کمتری تجربه می کنند (۱۱).

در یک مطالعه مشخص شد واکنش پذیری بین فردی پایین با ویژگی های جامعه ستیزی مرتبط است و فقدان همدلی در افراد جامعه ستیز می تواند به اختلالات شدید اجتماعی و آسیب به دیگران منجر شود (۱۲). این افراد معمولاً پریشانی دیگران را تهدید تلقی کرده و به جای همدردی، درصدد کاهش اضطراب خود برمی آیند (۱۳). در پژوهشی (۱۴) مشخص شد که مداخلات آموزشی مانند آموزش راهبردهای تنظیم هیجان^{۱۶} و بازسازی شناختی^{۱۷} می توانند به طور مؤثری واکنش پذیری بین فردی را در نوجوانان جامعه ستیز افزایش دهند. این مداخلات به کاهش صفات جامعه ستیزی و بهبود مؤلفه های شناختی و عاطفی تعامل اجتماعی منجر شده اند (۱۵). همچنین در پژوهش دیگری مشخص شده است که یکی از مداخلات کاربردی، مؤثر، و کم هزینه در افراد جامعه ستیز، درمان چندسیستمی^{۱۸} است (۱۶).

درمان چندسیستمی که به طور ویژه برای نوجوانان دچار مشکلات رفتاری شدید طراحی شده است با تمرکز همزمان بر خانواده، مدرسه، و ارتباطات اجتماعی به عنوان عوامل اصلی بروز^{۱۹} جرم، نه تنها رفتارهای

1. Antisocial
2. Egocentrism
3. Irresponsibility
4. Shallow affect
5. Empathy
6. Prevalence
7. Interpersonal reactivity
8. Perspective taking
9. Fantasy
10. Personal distress

11. Cognitive
12. Affective
13. Social skills
14. Emotional self-regulation
15. Social interactions
16. Emotional regulation strategies
17. Cognitive reconstruction
18. Multisystemic therapy (MST)
19. Incidence

مجرمانه را کاهش می دهد، که کیفیت تعاملات روزمره را نیز ارتقا می دهد (۱۷، ۱۸). این مداخله سه سطحی با کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل حمایتی، پیامدهایی سریع و پایدار در رفتارهای جامعه ستیزانه برجای می گذارد (۱۹). در پژوهشی (۲۰) اثربخشی این روش را در کاهش علائم اختلال رفتار هنجاری^۱ و صفات جامعه ستیزی تأیید شده است. درمان چندسیستمی در حیطه خانواده نیز با ارتقای مهارت های والدگری^۲ و تقویت حمایت اجتماعی، پریشانی شخصی، و اضطراب بین فردی را کاهش داده و رفتارهای برون نمود^۳ نوجوانان را به طور چشمگیری بهبود می دهد (۲۱). در مطالعات پژوهشی هم نتایج گسترده مثبتی گزارش شده است با وجود این در برخی نتایج پژوهشی نیز موارد نامطلوب یا غیرمنتظره در نمونه های خاص مشاهده شده است (۱۷، ۲۲).

یکی دیگر از روی آوردهای اثربخش در درمان اختلالات شخصیت مانند ضد اجتماعی، خودشیفتگی، مرزی، و پارانوئید طرحواره درمانی^۴ است (۲۳). این روش با تمرکز بر شناسایی و تغییر طرحواره های مقابله ای سازش نیافته اولیه^۵ و راهبردهای مقابله ای ناکارآمد^۶، تغییرات عمیق و پایداری در ساختارهای شناختی ایجاد می کند و مهارت های تنظیم هیجان را بهبود می دهد (۲۴). پژوهش ها نشان داده اند که مداخلات گروهی طرحواره درمانی به کاهش طرحواره های سازش نیافته و اختلال نافرمانی مقابله ای^۷ منجر می شود (۲۵، ۲۶). همچنین، تکنیک هایی مانند بازسازی شناختی، صندلی خالی^۸ و مداخلات والد-کودک (مرزگذاری والدینی) شایستگی هیجانی-اجتماعی را تقویت می کنند (۲۷، ۲۸) شواهد دیگر نیز اثربخشی آموزش والدین را در کاهش نشانگان اضطرابی کودکان و ارتقای بهزیستی روان شناختی و تنظیم هیجانی آنها تأیید می کنند (۲۹) - (۳۱).

با توجه به شیوع بالای رفتارهای جامعه ستیز در نوجوانان دختر و پیامدهای منفی آن، انجام پژوهش های مداخله ای در این حوزه در راستای کاهش مشکلات نوجوانان در دوره حساس نوجوانی بیش از پیش ضرورت دارد. به نظر می رسد که درمان چندسیستمی می تواند، به عنوان یک مداخله کوتاه مدت، چندی و کمی و کم هزینه، با تأکید بر رویکرد

شناختی-رفتاری و مداخله همزمان در حوزه خانواده، مدرسه، و شبکه اجتماعی فرد، اثربخشی خود را در بهبود روابط بین فردی و کاهش رفتارهای برون نمود نشان دهد. همچنین، طرحواره درمانی نیز با تمرکز بر شناسایی و تغییر طرحواره های سازش نیافته اولیه، تنظیم هیجان، و به کارگیری تکنیک های شناختی، تجربی، و رفتاری، در کنار مشارکت والدین می تواند نقش قابل توجهی در تحول هیجانی و اجتماعی نوجوانان ایفا کند. از سوی دیگر، تاکنون در ایران پژوهشی که اثربخشی دو روی آورد درمان چندسیستمی و طرحواره درمانی مبتنی بر آموزش والدین بر نوجوانان دختر جامعه ستیز مورد مقایسه و بررسی همزمان قرار دهد با جستجوهای انجام شده، مشاهده نشد. بنابراین به دلیل عدم مطالعه گسترده در این زمینه و همچنین گشودن دریچه ای به روی پژوهشگران بعدی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان چندسیستمی و طرحواره درمانی مبتنی بر آموزش مادران بر واکنش پذیری بین فردی در نوجوانان دختر دارای رفتارهای جامعه ستیز انجام شد.

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش از نوع شبه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش آموزان پایه های دهم و یازدهم ۴ مدرسه دولتی دخترانه شهر کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند. از میان ۵۲۰ دانش آموز این مدارس، ۳۰ نوجوان دارای رفتارهای جامعه ستیز براساس نمونه گیری در دسترس و برحسب شرایط ورود و خروج و داوطلبانه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (در هر گروه ۱۰ نفر) جایدهی شدند. حجم نمونه انتخاب شده در این پژوهش نیز بر اساس فرمول پیشنهادی پالانت برای طرح های آزمایشی بوده است (۳۲). گروه آزمایش یکم مداخلات درمانی چندسیستمی که ویژه نوجوانان، والدین، و مربیان و گروه آزمایش دوم مداخلات طرحواره درمانی که ویژه مادران

5. Maladaptive coping strategies

6. Insufficient coping strategies

7. Oppositional Defiant Disorder (ODD)

8. Empty chair imagination

1. Conduct Disorder

2. Parenting

3. Externalizing behaviors

4. Schema therapy

بود، به صورت گروهی، هر گروه به مدت ۱۲ جلسه هفتگی (هر جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) دریافت کردند، این در حالی بود که گروه گواه آموزش‌های معمول مرکز آموزشی خود را دریافت می‌کردند. شناسایی این دانش‌آموزان به این صورت بود که با مراجعه به مدارس و مصاحبه با مربیان این مدارس، دانش‌آموزانی که دارای نشانه رفتارهای جامعه‌ستیزی (براساس نظر مربیان) بودند شناسایی شدند و سپس با استفاده مقیاس خودسنجی جامعه‌ستیزی لونسون^۱ مورد سنجش قرار گرفتند و دانش‌آموزانی که نمره برش ۲۷ را در این مقیاس کسب کردند به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند و از این دانش‌آموزان و والدین و یا سرپرست قانونی آنها درخواست شد تا رضایت کتبی خود را مبنی بر شرکت در پژوهش ارائه دهند. ملاک‌های ورود به پژوهش نوجوانان عبارت بودند از: قراردادن در دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال، کسب نمره برش ۲۷ در مقیاس خودسنجی جامعه‌ستیزی لونسون، و داشتن رضایت آگاهانه (نوجوانان، والدین، و یا سرپرست قانونی آنها)؛ و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: داشتن بیماری جسمانی و اختلالات روانی مزمن (از طریق مصاحبه بالینی)، عدم همکاری و غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات مداخله‌ای، دریافت مداخلات روان‌درمانی و دارودرمانی به صورت همزمان بود. همچنین ملاک‌های ورود به پژوهش در مادران، داشتن رضایت آگاهانه، و دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم و ملاک خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از ۲ جلسه و تکمیل ناقص پرسشنامه‌های پژوهش بود. بر این اساس در پایان جلسات مداخله در هر گروه ۲ نفر قادر به همکاری نبودند و در پایان تحلیل بر روی ۳۰ نفر (هر گروه ۱۰ نفر) انجام شد؛ بنابراین حجم نمونه انتخابی ابتدایی ۳۶ نفر (۱۲ نفر در هر گروه) بود. مشخصات جمعیت شناختی افراد نمونه حاکی از این بود که میانگین سنی نوجوانان گروه‌های درمان چندسیستمی، طرحواره درمانی، و گواه به ترتیب ۱۵/۸۰، ۱۶/۲۰، ۱۵/۶۰ و انحراف معیار سنی نوجوانان نیز به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۴۲، ۰/۵۲ بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری نشان داد

که بین میانگین سن گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=2/63$ ، $P>0/05$). همچنین در هر یک از سه گروه ۸ نفر در پایه دهم و ۲ نفر در پایه یازدهم مشغول به تحصیل بودند.

(ب) ابزار

۱. مقیاس خودسنجی جامعه‌ستیزی لونسون: این مقیاس را لونسون و همکاران (۳۳) در سال ۱۹۹۵ با هدف سنجش صفات رفتاری و شخصیتی افراد مبتلا به اختلال شخصیت جامعه‌ستیز تدوین کردند. این مقیاس دارای ۲۶ گویه و ۲ خرده‌مقیاس جامعه‌ستیزی اولیه^۲ (گویه‌های ۱ تا ۱۶) و جامعه‌ستیزی ثانویه^۳ (گویه‌های ۱۷ تا ۲۶) است که برای استفاده در نمونه‌های غیربالینی به کار می‌رود. خرده‌مقیاس جامعه‌ستیزی اولیه تمایل به دروغ‌گویی، فقدان احساس پشیمانی، بی‌عاطفگی و فریب‌کاری را ارزیابی می‌کند و جامعه‌ستیزی ثانویه تکانشگری، تحمل‌ناپذیرگی، از کوره دررفتن سریع، و فقدان اهداف بلندمدت را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طبق لیکرت ۴ درجه‌ای کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) است. نمرات هر خرده‌مقیاس از جمع نمرات هر مقیاس به دست می‌آید و دامنه نمرات در این پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۰۴ است و هر چه نمره فرد بیشتر باشد نشان‌دهنده جامعه‌ستیزی بیشتر در آن است. در یک پژوهش (۳۴) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را برای جامعه‌ستیزی اولیه و ثانویه به ترتیب، ۰/۸۳ و ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین در پژوهشی (۳۵) روایی سازه، همگرا، و واگرای این مقیاس تأیید شده است. در ایران نیز (۳۶) روایی ابزار به صورت صوری و محتوایی تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶، جامعه‌ستیزی اولیه، ثانویه، و کل مقیاس را ۰/۷۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ دوره متوسطه دوم ۰/۷۷ به دست آمد. همچنین روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه نیز با روش کیفی و با نظرخواهی از متخصصان به شیوه‌های شاخص و نسبت روایی محتوا^۴ مطلوب به دست آمد.

۲. مقیاس واکنش‌پذیری بین فردی^۵: این مقیاس توسط دیویس در سال ۱۹۸۳ با هدف سنجش رفتارهای بین فردی طراحی شده است (۷). این مقیاس دارای ۲۸ گویه و ۵ خرده‌مقیاس شامل خیال‌پردازی^۶ (گویه‌های

1. Levenson Self-Report Scale (LSRPS)
2. First psychopathy
3. Secondary psychopathy

4. Index and content validity ratio
5. Davis Interpersonal Reactivity Questionnaire (DIRQ)
6. Fantasy

(ج) معرفی برنامه های مداخله ای

۱. مداخله درمان چندسیستمی: این بسته ای آموزشی بر پایه نظریه سیستم های خانواده مینوچین و نظریه ی بوم شناختی- رفتاری برونفن برنر^۴ (۱۶) با روش شناختی- رفتاری^۵ اسمیت برگرفته از پژوهشی در ایران (۳۹) است. این مداخله به صورت یک برنامه ترکیبی گروهی نوجوانان، والدین، و مربیان مدرسه است که ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای نوجوانان، ۱ جلسه ۹۰ دقیقه ای ویژه والدین و ۱ جلسه ۹۰ دقیقه ای با حضور مربیان مدرسه اجرا شد. جلسات هفتگی در هنرستان شهدای اصناف کرج توسط پژوهشگر که دوره های تخصصی درمانگری نوجوان را گذرانده است، برگزار شده است. برای تعیین اعتبار محتوایی^۶ برنامه مداخله ای، پرسشنامه ای در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه گیلان و دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت قرار گرفت. از آنها خواسته شد نظر خود را درباره هر سوال در مقیاس قضاوتی که تعیین شده بود (ساده بودن، مرتبط بودن، و واضح بودن) لحاظ کنند. برای تبدیل قضاوت کیفی بسته آموزشی از طریق نسبت روایی محتوایی^۷ لاوشه (۴۰) استفاده شد. شاخص روایی محتوایی^۸ ساده بودن، مرتبط بودن، و واضح بودن نیز به ترتیب ۰/۹۸، ۰/۸۸ و ۰/۹۶ و نسبت روایی محتوایی ۰/۹۳ به دست آمد. در جدول ۱ خلاصه ای از برنامه مداخله ای گزارش شده است.

۲، ۴، ۹، ۱۴، ۱۸، ۲۰، ۲۲، همدلی^۱ (گویه های ۱، ۵، ۱۲، ۱۶، ۲۳، ۲۶)، دیدگاه گیری^۲ (گویه های ۳، ۸، ۱۱، ۱۵، ۲۱، ۲۵، ۲۸)، پریشانی شخصی^۳ (گویه های ۶، ۱۰، ۱۷، ۱۹، ۲۴، ۲۷) است. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت پنج درجه ای از خیلی بد (۰) تا خیلی خوب (۴) نمره گذاری می شود گویه های ۷، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، و ۱۹ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. نمرات هر مؤلفه از جمع نمرات آن محاسبه می شود. حداقل نمرات در این مقیاس ۰ و حداکثر آن ۱۱۲ است و نمره بالاتر نشان دهنده سطح بالاتری از واکنش پذیری بین فردی در فرد است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دامنه ای از ۰/۷۵ تا ۰/۸۲ است و پایایی بازآزمایی این ابزار از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ برای مردان و ۰/۶۲ تا ۰/۸۱ برای زنان برآورد شده است (۷). همچنین روایی همگرا، همزمان، و پیش بین این مقیاس در یک مطالعه (۳۷) مطلوب گزارش شده است. در ایران در پژوهشی (۳۸) روایی محتوایی و همسانی درونی را تأیید شد و آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۸۳ برای کل مقیاس گزارش کرده اند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ واکنش پذیری بین فردی ۰/۶۸ بدست آمد. همچنین روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه نیز با روش کیفی و با نظرخواهی از متخصصان به شیوه های شاخص و نسبت روایی محتوا مطلوب به دست آمد.

جدول ۱: خلاصه بسته آموزشی چندسیستمی شناختی- رفتاری

جلسه	عنوان جلسه	اهداف اولیه	اهداف ثانویه	تکالیف خانگی
یکم	آشنایی	ویژگی های نوجوانی و جامعه ستیز	خودآشنایی رفتارهای نامطلوب جامعه ستیز	ثبت رفتارهای نامطلوب
دوم	کنترل جامعه ستیز با همدلی	رفتارهای جامعه ستیز و روابط والد- فرزند	یادگیری همدلی	ثبت نمونه های همدلی
سوم	ارزیابی رابطه والد- فرزند	تکانشگری نوجوان و خشم والدین	تمرکز بر حالات هیجانی و بدنی	تکنیک های آرام سازی
چهارم	کاربرد راهکارها	نقش ها و درک بهتر نتایج رفتار بد	مدیریت خشم	رول پلی های دیگر
پنجم (ویژه والدین)	دوره نوجوانی	چگونگی ارتباط گیری با نوجوانان	سبک های تربیتی	به کارگیری سبک ها و پرسش و پاسخ
ششم	آشنایی با درمان شناختی- رفتاری	انواع افکار	شناسایی تحریف شناختی	ثبت نمونه تحریف شناختی
هفتم	تصمیم گیری و حل مسئله	تصمیم گیری و حل مسئله	یادگیری تکنیک های تصمیم گیری و حل مسئله	تمرین تکنیک ها
هشتم (ویژه مربیان مدرسه)	ارتباط مؤثر و همدلی	آموزش ارتباط و همدلی	کاربرد در برابر نوجوانان	پرسش و پاسخ

5. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
6. Content Reliability (CR)
3. Content Validity Ratio (CVR)
8. Content Validity Index (CVI)

1. Empathic Concern
2. Perspective-Taking
3. Personal Distress
4. Bronfenbrenner ecological systems theory

نهم	آشنایی با ویژگی‌ها و باورهای خودآیند و آموزش مدل ABC	شناسایی افکار خودکار مثبت و منفی	شیوه نگرش شما به افکار خودکار	ثبت افکار
دهم	غیر باورها و افکار خودآیند	مقابله با افکار منفی	مهارت‌های تغییر افکار و باورهای خودآیند منفی	تمرین تکنیک‌های تغییر افکار و باورها
یازدهم	رفتار جرئت‌مندانه	قاطعیت	قاطعیت و تمرین با نقش‌آفرینی	تمرین قاطعیت
دوازدهم	مرور مفاهیم جلسات	مرور	رفع ابهام	تمرین تکنیک‌ها

طرحواره‌درمانی با تخصص در رشته روان‌شناسی عمومی و تجربه‌ی آموزش والدین انجام شد. این مداخله به‌ویژه با تأکید بر آموزش عملی مهارت‌های تنظیم هیجان و تقویت عملکرد میان فردی، پیامدهایی پایدار در کاهش باورهای سازش‌نیافته و رفتارهای ناکارآمد نشان داده است (۲۵، ۲۶). در جدول ۲ برنامه مداخله‌ای طرحواره‌درمانی به طور مختصر ارائه شده است.

۲. *مدخله طرحواره‌درمانی*: این برنامه بر مبنای پروتکل و نسخه‌ی آموزشی لوئیس و همکاران در سال ۲۰۱۵ برگرفته از مطالعه‌ی (۲۶) است. تمرکز آن بر شناسایی و بازسازی طرحواره‌های سازش‌نیافته اولیه^۱ (قطع ارتباط^۲، طرد^۳، محدودیت مختل^۴، و بازداری بیش‌ازحد^۵) و تقویت راهبردهای مقابله‌ای سازش‌یافته است (۲۴). این بسته‌ی آموزشی شامل ۱۲ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای است که برای مادران دارای نوجوانان جامعه‌ستیز به‌صورت هفتگی در هنرستان تقوی بیات توسط درمانگر

جدول ۲: خلاصه بسته آموزشی طرحواره‌درمانی

جلسه	عنوان جلسه	اهداف اولیه	اهداف ثانویه	تکالیف خانگی
یکم	معرفی و آشنایی والدین با طرحواره‌درمانی و سبک‌های مقابله‌ای	آشنایی والدین با مفاهیم پایه طرحواره‌درمانی و شناسایی سبک‌های مقابله‌ای خود	تقویت درک والدین از تأثیر سبک‌های مقابله‌ای بر رفتار نوجوان	ثبت سه مورد از بهترین و سه مورد از بدترین واکنش‌های فرزند در مواجهه با کشاکش‌های روزمره
دوم	سبک‌های والدگری، پنج نیاز اساسی و حوزه‌های طرحواره	معرفی چهار سبک والدگری و پنج نیاز اساسی (امنیت، استقلال، آزادی، همدلی، خودانگیختگی)	شناسایی سبک والدگری غالب هر والد و ارتباط آن با طرحواره‌های احتمالی نوجوان	ثبت مشاهدات سبک والدگری خود در سه موقعیت مختلف (محبت، انضباط، و تعامل روزمره)
سوم	حوزه طرحواره‌های قطع ارتباط و طرد؛ استقلال و عملکرد تخریب‌شده	توضیح مفهوم طرحواره‌های قطع ارتباط و طرد و نحوه تأثیر آن‌ها بر استقلال نوجوان	توجه و شناسایی الگوهای رفتاری نامناسب والدین و نوجوان در مواجهه با احساس طرد یا وابستگی	یادداشت سه موقعیت که در آن احساس قطع ارتباط یا طرد در خانواده تجربه شده و واکنش‌ها
چهارم	محدودیت مختل و مراقبت/بازداری بیش‌ازحد	معرفی مفاهیم محدودیت مختل (بی‌انضباطی) و بازداری بیش‌ازحد (کنترل افراطی)	توجه و شناسایی الگوهای رفتاری نامناسب والدین و نوجوان در تنظیم حد و مرزها	نوشتن پنج مثال از مواردی که در آن حد و مرز خانواده بیش‌ازحد یا کم‌تر از نیاز بوده است
پنجم	ایجاد منطقه امن اولیه؛ ثبات و پیش‌بینی‌پذیری؛ مدیریت تعارضات والدینی	تشریح اهمیت ایجاد فضای امن و پایدار برای نوجوان و روش‌های مدیریت تعارض بین والدین	شناسایی الگوهای سازش‌نیافته نوجوان و چگونگی برآورده‌سازی نیاز به ثبات	ثبت سه موقعیت که در آن والدین توانسته‌اند منطقه امن را فراهم کرده و واکنش نوجوان
ششم	رفتارهای دلبستگی ایمن و نیاز دلبستگی؛ آموزش مراقبت‌های جنسی	آموزش اصول دلبستگی ایمن و نیازهای جنسی سالم نوجوان	تقویت مهارت‌های خودمراقبتی نوجوان و تشویق والدین به گفتگو در مورد مراقبت‌های جنسی	تمرین یک فعالیت دلبستگی (مثلاً بازی مشترک یا زمان اختصاصی) و مرور نکات مراقبت جنسی با نوجوان
هفتم	رفتارهای فراهم‌کننده نیاز به استقلال؛ واگذاری مسئولیت در خانه	مرور روش‌های کنترل سالم و واگذاری مسئولیت به نوجوان	فراهم آوردن انتخاب و آزادی بیشتر برای نوجوان و مشاهده واکنش وی	تعیین دو مسئولیت مشخص خانگی برای والدین و ثبت واکنش و نحوه انجام آن‌ها

4. Dysfunctional restriction
5. Excessive inhibition

1. Identifying and reconstructing early maladaptive schemas
2. Disconnection
3. Rejection

هشتم	تعیین قوانین و محدودیت های رفتاری؛ نوشتن قوانین در جلسه خانوادگی	آموزش نحوه تدوین قوانین شفاف و قابل اجرا با مشارکت نوجوان	ارزیابی استحکام مرزهای رفتاری نوجوان و تنظیم مجدد قوانین در صورت نیاز	تدوین لیست پنج قانون خانوادگی در یک جلسه رسمی با حضور نوجوان و ثبت بازخورد وی
نهم	رفتارهای فراهم کننده نیاز به آزادی و ابراز وجود؛ تعامل عاطفی؛ آموزش احساسات و همدلی	معرفی مهارت های ابراز وجود، تشخیص احساسات و همدلی	تمرین نقش آفرینی همدلی والدین و نوجوان در موقعیت های روزمره	اجرای یک تمرین همدلی (نقش آفرینی) و ثبت برداشتها و احساسات پس از آن
دهم	نیاز به تفریح و خودانگیختگی	تأکید بر اهمیت تفریح مشترک و برنامه ریزی فعالیت های خود انگیزه	ارتقای کیفیت زمان خانوادگی با تمرکز بر خودانگیختگی نوجوان	برنامه ریزی و اختصاص حداقل ۲ ساعت فعالیت تفریحی با کیفیت در هفته و ثبت نوع فعالیت
یازدهم	انواع خلق فرزند؛ ابعاد خلق و نقش آن در شکل دهی به رفتار و طرحواره ها	آشنایی با تفاوت خلق های مثبت و منفی و تأثیر آن ها بر شکل گیری طرحواره های نوجوان	آموزش تکنیک های خود آرام بخشی (تنفس عمیق، و تصویرسازی) برای تنظیم خلق	تمرین یک تکنیک خود آرام بخشی روزانه و ثبت تأثیر آن روی خلق نوجوان
دوازدهم	مرور کلی آموزش ها و پاسخ به سؤالات والدین	جمع بندی مباحث کلیدی جلسات گذشته و تثبیت یادگیری	رفع ابهامات و برنامه ریزی ادامه مسیر حمایتی	تهیه یک برنامه هفتگی مشخص برای به کارگیری روش های آموخته شده؛ ثبت راهبردهای شخصی هر والد

(د) روش اجرا: جهت اجرای پژوهش حاضر، پس از اخذ کد اخلاق از

کمیته زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت و تأیید اداره کل امور دانشکده های ادبیات و علوم انسانی، به اداره آموزش و پرورش شهرستان کرج مراجعه شد و مجوزهای لازم جهت ورود به مدارس دریافت شد. سپس از بین مدارس کرج ۴ مدرسه دخترانه به صورت در دسترس انتخاب شدند. از بین ۵۲۰ دانش آموز پایه های دهم و یازدهم این مدارس پس از مصاحبه با مربیان و کادر مدرسه، دانش آموزانی که دارای نشانه های رفتارهای جامعه ستیزی بودند، شناسایی و با استفاده از مقیاس خودسنجی جامعه ستیزی لونسون (۳۳) سنجش و ۳۰ نفر از دانش آموزانی که نمره برش ۲۷ را کسب کردند به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند و والدین و یا سرپرست قانونی این دانش آموزان جهت ورود به پژوهش حاضر دعوت به عمل آمد و رضایت کتبی آنها اخذ شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی تمامی شرکت کنندگان از مراحل پژوهش آگاه شدند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات ارائه شده به این پژوهش محرمانه باقی می ماند و به گروه گواه نیز اطمینان داده شد که پس از پایان پژوهش در صورت تمایل دو جلسه درمانی برای آنها برگزار خواهد شد. پس از جابجایی این افراد به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و گواه (در هر گروه ۱۰ نفر)، جهت اجرای پیش آزمون،

پرسشنامه پژوهش توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. سپس گروه آزمایش یکم مداخلات درمانی چندسیستمی که ویژه نوجوانان، والدین، و مربیان و گروه آزمایش دوم مداخلات طرحواره درمانی که ویژه مادران بود، هر گروه به مدت ۱۲ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای به شکل گروهی در هنرستان تقوی بیات کرج توسط پژوهشگر که دوره های آموزشی مرتبط با درمان ها را گذرانده بود، دریافت کردند ولی گروه گواه آموزش های معمول مرکز آموزشی خود را دریافت می کرد. پس از پایان جلسات آموزشی با پرسشنامه پژوهش از تمامی شرکت کنندگان پس آزمون به عمل آمد. در پایان برای تحلیل داده ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بن فرونی با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-24 استفاده شد.

یافته ها

یافته های توصیفی شامل مقادیر میانگین، انحراف معیار و همچنین آماره شاپیروویلک جهت نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است که با توجه به معنادار نبودن آزمون شاپیرو-ویلک ($P > 0/05$)، مفروضه توزیع نرمال این متغیر رعایت شده است.

جدول ۳: شاخص های توصیفی واکنش پذیری بین فردی و مؤلفه های آن به تفکیک گروه های آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره شاپیرو ویلک	سطح معناداری
پربشانی شخصی	پیش آزمون	درمان چندسیستمی	۱۶/۷۰	۴/۹۶	۰/۹۵	۰/۴۳
		طرحواره درمانی	۱۹/۰۰	۳/۵۵	۰/۹۲	۰/۳۲
		گواه	۱۹/۴۰	۲/۱۷	۰/۹۱	۰/۲۹
	پس آزمون	درمان چندسیستمی	۱۴/۵۰	۱/۳۵	۰/۹۱	۰/۲۸
		طرحواره درمانی	۱۹/۸۱	۳/۷۳	۰/۹۲	۰/۳۸
		گواه	۲۰/۰۰	۲/۴۰	۰/۹۰	۰/۲۳
خیال پردازی	پیش آزمون	درمان چندسیستمی	۲۲/۲۳	۱/۷۶	۰/۹۰	۰/۲۳
		طرحواره درمانی	۲۰/۴۰	۱/۹۵	۰/۹۳	۰/۴۹
		گواه	۲۴/۷۰	۳/۸۲	۰/۸۹	۰/۱۶
	پس آزمون	درمان چندسیستمی	۱۹/۵۰	۲/۵۹	۰/۸۶	۰/۰۸
		طرحواره درمانی	۲۱/۵۶	۱/۶۷	۰/۹۶	۰/۸۰
		گواه	۲۲/۴۳	۳/۸۹	۰/۶۸	۰/۱۰
دیدگاه گیری	پیش آزمون	درمان چندسیستمی	۱۷/۱۰	۳/۹۶	۰/۹۲	۰/۳۸
		طرحواره درمانی	۱۸/۰۴	۳/۴۴	۰/۹۲	۰/۳۵
		گواه	۱۶/۵۰	۲/۹۹	۰/۸۳	۰/۲۰
	پس آزمون	درمان چندسیستمی	۱۹/۱۰	۲/۶۴	۰/۹۳	۰/۴۲
		طرحواره درمانی	۲۰/۶۰	۱/۴۲	۰/۹۳	۰/۴۰
		گواه	۱۷/۹۰	۲/۵۱	۰/۹۱	۰/۲۱
همدلی	پیش آزمون	درمان چندسیستمی	۱۶/۸۱	۳/۷۹	۰/۸۹	۰/۱۸
		طرحواره درمانی	۱۸/۷۰	۴/۷۸	۰/۹۲	۰/۳۸
		گواه	۱۶/۴۴	۳/۲۶	۰/۹۳	۰/۴۲
	پس آزمون	درمان چندسیستمی	۱۸	۲/۸۲	۰/۹۳	۰/۴۶
		طرحواره درمانی	۱۹/۵۰	۳/۴۷	۰/۹۷	۰/۹۰
		گواه	۱۹/۹۷	۳/۶۵	۰/۹۱	۰/۳۰
نمره کل واکنش پذیری بین فردی	پیش آزمون	درمان چندسیستمی	۶۴/۹۷	۵/۷۲	۰/۹۰	۰/۲۱
		طرحواره درمانی	۶۷/۳۴	۶/۱۹	۰/۸۵	۰/۲۱
		گواه	۶۱/۸۵	۳/۷۸	۰/۹۱	۰/۳۰
	پس آزمون	درمان چندسیستمی	۷۳/۱۰	۷/۰۲	۰/۹۱	۰/۳۰
		طرحواره درمانی	۶۷/۹۸	۷/۲۹	۰/۹۵	۰/۶۵
		گواه	۶۵/۴۳	۵/۲۱	۰/۸۷	۰/۰۹

همگنی واریانس ها در واکنش پذیری بین فردی در دو گروه آزمایش و گواه نیز برقرار بود ($P>0/05$). در بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون نتایج آزمون F نشان داد که بین پیش آزمون ها و متغیرهای مستقل تعامل وجود ندارد ($P>0/05$), بنابراین مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار است، در نتیجه استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مؤلفه های این متغیر بلامانع است.

قبل از ارائه نتایج مربوط به هر یک از فرضیه های پژوهش، ابتدا مفروضه های زیربنایی تحلیل و بررسی شد، جهت بررسی فرض توزیع بهنجار متغیر پژوهش، از آزمون شاپیرو _ ویلک استفاده شد که نشان داد توزیع مؤلفه های متغیر پژوهش به تفکیک گروه ها نرمال است ($P>0/05$). همچنین بررسی همگنی ماتریس کوواریانس که تحت عنوان پیش فرض کرویت بیان می شود با استفاده از آزمون موجلی نشان داد که پیش فرض کرویت برای هر دو متغیر برقرار است و نتایج آزمون لوین جهت بررسی

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری مؤلفه‌های واکنش پذیری بین فردی

مؤلفه	مقدار	آماره F	درجه آزادی	خطا	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۸۰۲	۳/۵۲	۸	۴۲	۰/۰۰۳	۰/۴۰۱	۰/۹۶
لامبدای ویکلز	۰/۳۴۶	۳/۴۹	۸	۴۰	۰/۰۰۳	۰/۴۱۱	۰/۹۶
اثر هتلینگ	۱/۴۵۷	۳/۴۶	۸	۳۸	۰/۰۰۴	۰/۴۲۱	۰/۹۵
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۱/۰۴۷	۵/۵۰	۴	۲۱	۰/۰۰۳	۰/۵۱۲	۰/۹۴

در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد اثر گروه $(P > ۰/۰۰۱)$. نتایج آزمون لامبدای ویکلز نشان می‌دهد که ۴۱/۱ درصد بر ترکیب خطی مؤلفه‌های هر یک از متغیرهای بررسی شده معنادار است از واریانس واکنش‌پذیری بین فردی ناشی از درمان‌ها است.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری واکنش‌پذیری بین فردی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	سطح معناداری	مجدور اتا	اندازه اثر
خیال پردازی	پیش‌آزمون	۱۱/۹۵	۱	۱۱/۹۵	۱/۳۲	۰/۲۶	۰/۰۵۴	۰/۲۰
	گروه	۲۲/۸۴	۲	۱۱/۴۲	۱/۲۶	۰/۳۰	۰/۰۹۹	۰/۲۵
	خطا	۲۰۷/۷۵	۲۳	۹/۰۳				
همدلی	پیش‌آزمون	۰/۰۱	۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵
	گروه	۲۷	۲	۱۳/۵۰	۱	۰/۳۸	۰/۰۸	۰/۲۰
	خطا	۳۱۱/۰۴	۲۳	۱۳/۵۲				
دیدگاه‌گیری	پیش‌آزمون	۵/۷۹	۱	۵/۷۹	۱/۴۳	۰/۲۴	۰/۰۵۹	۰/۲۱
	گروه	۳۸/۴۰	۲	۱۹/۲۰	۴/۷۵	۰/۰۲	۰/۲۹۲	۰/۷۴
	خطا	۹۳/۰۶	۲۳	۴/۰۵				
پیشانی شخصی	پیش‌آزمون	۱۲/۲۴	۱	۱۲/۲۴	۱/۹۲	۰/۱۸	۰/۰۷۷	۰/۲۶
	گروه	۱۳۱/۷۳	۲	۶۵/۸۶	۱۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷۳	۰/۹۸
	خطا	۱۴۶/۸۵	۲۳	۶/۳۹				
واکنش‌پذیری بین فردی	پیش‌آزمون	۱۷/۰۵	۱	۱۷/۰۵	۴/۵۴	۰/۰۴	۰/۱۴۹	۰/۵۴
	گروه	۲۶۵/۷۹	۲	۱۳۲/۹۰	۶/۲۵	۰/۰۰۶	۰/۳۲۴	۰/۸۶
	خطا	۵۵۳/۳۰	۲۶	۲۱/۲۸				

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون مسئولیت‌پذیری و تحریک‌پذیری، با کنترل اثر پیش‌آزمون این دو متغیر هر یک از مؤلفه‌ها در جدول نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و گواه در مؤلفه‌های دیدگاه‌گیری و پیشانی شخصی وجود دارد $(P < ۰/۰۵)$. نتایج مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۲۹/۲ درصد از واریانس دیدگاه‌گیری و ۴۷/۳ درصد از واریانس پیشانی شخصی ۳۲/۴ درصد از واریانس نمره کل واکنش‌پذیری بین فردی ناشی از اثر درمان‌ها است.

جدول ۶: آزمون بن‌فرونی برای تفاوت واکنش‌پذیری بین فردی در گروه‌های آزمایش و گواه به صورت دو به دو

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین	سطح معناداری
دیدگاه‌گیری	۱. درمان چند سیستمی	۲	-۱/۶۱	۰/۳۶
	۲. طرح‌واره درمانی	۳	-۲/۹۹	۰/۰۲
	۳. گواه	۱	-۱/۳۸	۰/۵۲
پیشانی شخصی	۱. درمان چند سیستمی	۲	-۵/۰۲	۰/۰۰۲
	۲. طرح‌واره درمانی	۳	۰/۲۸	۰/۹۵

۰/۰۰۲	-۴/۷۵	۱	۳. گواه	کل
۰/۰۲	۵/۸۲	۲	۱. درمان چندسیستمی	
۰/۰۱	۶/۷۳	۳	۲. طرحواره درمانی	
۰/۹۶	۰/۸۹	۱	۳. گواه	

با بهبود روابط خانوادگی و تقویت تعاملات مثبت، تأثیر قابل توجهی بر مهارت‌های بین فردی نوجوانان دارد (۲۱).

همچنین استفاده از روی آورد درمان شناختی- رفتاری در چارچوب چندسیستمی، با هدف اصلاح افکار تحریف شده^۲ و جایگزینی آن‌ها با افکار واقع‌گرایانه، منجر به آگاهی نوجوانان می‌شود. درمان شناختی- رفتاری ادراک نوجوانان را نسبت به احساسات و عواطف خود افزایش می‌دهد و پیامد آن کاهش بروز رفتارهای برون‌نمود و بازسازی شناختی در آنها است. این فرآیند، می‌تواند روابط بین فردی را بهبود دهد و تاب‌آوری^۳ نوجوانان را در مواجهه با موقعیت‌های دشوار تقویت کند (۱۹). یافته‌های پژوهش حاضر نیز بر اثربخشی بالای درمان چندسیستمی در ارتقای واکنش‌پذیری بین فردی تأکید دارند. بنابراین می‌توان گفت که مداخلات چندبعدی و سیستمی در مدیریت مؤلفه‌های عاطفی و رفتاری نوجوانان جامعه‌ستیز، به‌ویژه در بهبود مهارت‌های ارتباطی و همدلی، نقش کلیدی ایفا می‌کنند.

در تبیین مؤلفه‌های واکنش‌پذیری بین فردی می‌توان این‌گونه بیان کرد که نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان چندسیستمی تأثیر معناداری بر کاهش پریشانی شخصی در نوجوانان جامعه‌ستیز داشت. از دیدگاه نظریه سیستم‌های بوم‌شناختی برون‌نفر، برای کاهش ماندگار آسیب‌های هیجانی نوجوانان جامعه‌ستیز، لازم است مداخلات در سطوح خانواده، مدرسه، و جامعه به‌طور همزمان اجرا شوند (۱۶). در چارچوب درمان چندسیستمی، آموزش والدین در مهارت‌های تنظیم هیجان و حل تعارض، علاوه بر اصلاح ساختار خانواده، محیطی امن فراهم می‌آورد که نوجوانان اضطراب بین فردی کمتری تجربه کنند که پس از اجرای مداخله، ابعاد شناختی- هیجانی نوجوانان به‌ویژه در شناسایی و اصلاح افکار تحریف شده تقویت شد. این نتایج را می‌توان با یافته‌های پژوهشی (۲۱) مقایسه

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان داد در گروه طرحواره‌درمانی دیدگاه‌گیری در مقایسه با گروه گواه افزایش یافته است ($P < 0/05$). در صورتی که در گروه درمان چندسیستمی پریشانی شخصی در مقایسه با گروه طرحواره‌درمانی و گروه گواه کاهش یافته است ($P < 0/05$). همچنین در گروه درمان چندسیستمی واکنش‌پذیری بین فردی در مقایسه با گروه‌های طرحواره‌درمانی و گواه بیشتر بهبود یافته است ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی اثربخشی درمان چندسیستمی و طرحواره‌درمانی مبتنی بر آموزش والدین بر واکنش‌پذیری بین فردی در دختران نوجوان دارای رفتارهای جامعه‌ستیز بود. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که هر دو مداخله به طور معناداری بر واکنش‌پذیری بین فردی اثربخش بودند. آزمون مقایسه میانگین‌ها نیز تأیید کرد که این اثربخشی بر یکی از مؤلفه‌های آن نیز وجود دارد. این نتایج با پژوهش‌های پیشین (۱۷، ۱۹، ۲۰) به طور ضمنی هم‌راستا است. یافته‌های این پژوهش‌ها را می‌توان با توجه به نظریه سیستم‌های بوم‌شناختی برون‌نفر و مدل درمان چندسیستمی تبیین کرد که تأکید دارند مداخلات مؤثر باید در چندین سطح محیطی نوجوان (خانواده، مدرسه، و جامعه) به طور همزمان انجام شود (۱۶).

در تبیین اثربخشی بیشتر درمان چندسیستمی نسبت به طرحواره‌درمانی در بهبود واکنش‌پذیری بین فردی دختران نوجوان جامعه‌ستیز، می‌توان به ماهیت چندوجهی^۱ این روش اشاره کرد. درمان چندسیستمی، با روی آوردی سیستمی، مشکلات را نه تنها در سطح فرد، بلکه در بستر خانواده، مدرسه، همسالان، و جامعه به صورت هماهنگ بررسی می‌کند. این روی آورد، آموزش والدین را یکی از ارکان اصلی می‌داند؛ عاملی که

1. Multidimensional
2. Distorted thoughts

کرد که این مطالعه نشان داد که در نوجوانان دارای صفات بی رحمی-بی عاطفگی^۱، اجرای درمان چندسیستمی با تأکید بر آموزش تنظیم هیجان والدین و تقویت تعاملات مثبت خانوادگی، منجر به کاهش ۴۸ تا ۵۲ درصدی اضطراب های بین فردی و پریشانی شخصی شد. از سویی دیگر، ورود فعال والدین به فرآیند درمان و حمایت عاطفی مستمر باعث می شود که نوجوانان پریشانی شخصی را به عنوان تهدید تلقی نکرده و رفتار همدلانه تر و سنجیده تری بروز دهند.

یافته دیگر مطالعه حاضر نشان داد درمان چندسیستمی تأثیر معناداری بر مؤلفه خیال پردازی در واکنش پذیری بین فردی نوجوانان جامعه ستیز نداشت. این درمان، هرچند در بهبود رفتارهای قابل مشاهده و تعاملات خانوادگی اثربخش است، اما طراحی آن عمدتاً بر اصلاح کارکردهای رفتاری و عملی در بسترهای واقعی مانند خانه، مدرسه، و اجتماع متمرکز است و کمتر به تقویت سازوکارهای ذهنی تخیلی یا روایت محور می پردازد. این روی آورد با تمرکز بر تغییر رفتارهای بیرونی و تعاملات در محیط های ملموس، به اصلاح الگوهای رفتاری می پردازد و ساختارهای ذهنی و فرآیندهای تخیلی را هدف اصلی خود قرار نمی دهد. در مدل واکنش پذیری بین فردی دیویس (۷)، خیال پردازی توانایی افراد در بازسازی تجربیات دیگران از طریق تخیل است و ارتباط کمتری با واکنش های هیجانی مستقیم دارد. فرآیندی که مستلزم ظرفیت های بالای تجسم ذهنی^۲، همزادپنداری، و پردازش انعطاف پذیری شناختی است. نوجوانان جامعه ستیز که عموماً در همدلی و انعطاف پذیری شناختی^۳ ضعیف هستند (۱)، برای تقویت خیال پردازی احتمالاً نیازمند آموزش و تمرین های ویژه ای مانند نقش آفرینی^۴، تصویرسازی ذهنی، یا مداخلات مبتنی بر هنر و روایت هستند که در روی آوردهای ساختاری- رفتاری مانند درمان چندسیستمی جایگاه چندانی ندارند.

همچنین در پژوهش حاضر، درمان چندسیستمی تأثیر معناداری بر همدلی در نوجوانان دارای رفتارهای جامعه ستیز نداشت. این یافته را

می توان ناشی از ماهیت ساختاری و محیط محور این روی آورد دانست که بر مدیریت موقعیت های خانوادگی و اجتماعی و اصلاح تعاملات رفتاری تأکید دارد، زیرا این درمان به جای تمرکز بر اصلاح ریشه های هیجانی، بیشتر به تغییر عوامل محیطی و رفتاری می پردازد. از دید نظری، درمان چندسیستمی با اینکه در کاهش علائم بیرونی مانند پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی مؤثر است (۱۸)، کمتر به تحول ساختارهای هیجانی-شناختی بنیادین می پردازد. همدلی نیازمند تحول تدریجی مهارت هایی مانند شناسایی، درک، و بازتاب هیجانات دیگران است که شکل گیری آنها مستلزم زمان، تمرین و کار متمرکز بر تجربه های هیجانی است (۷). نوجوانان جامعه ستیز اغلب با نارسایی های قابل توجهی در ظرفیت های هیجانی مانند همدلی روبرو هستند و در مواجهه با پریشانی دیگران، بیشتر درگیر کنترل هیجانات خود می شوند (۱۲). بنابراین اگرچه این درمان با کاهش عوامل مزاحم بیرونی بستر مناسبی برای رشد اجتماعی ایجاد می کند، اما برای ارتقاء همدلی، مداخلات تکمیلی مانند درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی^۵، تصویرسازی هیجانی یا آموزش همدلی لازم است. یافته های دیگر مطالعه حاضر نشان دادند که درمان چندسیستمی تأثیر معناداری بر بهبود مؤلفه دیدگاه گیری در نوجوانان دختر جامعه ستیز نداشته است. درمان چندسیستمی عمدتاً بر تغییر رفتارهای قابل مشاهده و تعاملات محیطی متمرکز است و کمتر به بازسازی شناختی- هیجانی عمیق می پردازد (۲۱). از آنجا که دیدگاه گیری نیازمند مداخلات هدفمند شناختی و انگیزشی، مانند تمرین برای شناسایی و بازتاب احساسات دیگران است، احتمالاً تعداد جلسات آموزشی بیشتری از مداخله شناختی- رفتاری نیاز است تا بتوان از تکنیک های مختلف شناختی، تنظیم هیجان جهت فعال سازی دیدگاه گیری در افراد شود. همچنین، ممکن است پایداری ویژگی های شخصیتی مانند خودمحوری و فقدان همدلی در نوجوانان جامعه ستیز، پذیرش دیدگاه دیگران را دشوار سازد. یکی از موفقیت های اصلی درمان چندسیستمی، وفاداری درمانگر به اصول این

4. Role playing
5. Mindfulness

1. Callousness – unemotional
2. Mental imagery
3. Cognitive flexibility

درمان است و پژوهش های مختلف (۱۶، ۱۷) نیز بر آن تأکید دارند. عوامل متعدد دیگری مانند حمایت خانواده و کادر مدرسه در فرآیند درمان نقش مهمی ایفا می کنند. نحوه ارتباط خانواده و مدرسه با نوجوانان در کاهش ویژگی های جامعه ستیز بسیار کمک کننده است. همچنین توانایی والدین در درک و درونی سازی آموزش های انجام شده، و کاربرد آنها از عوامل تعیین کننده در نتیجه درمان است.

یافته های این پژوهش نشان داد که اگرچه طرحواره درمانی اثربخشی کمتری نسبت به درمان چندسیستمی داشت، اما همچنان در بهبود واکنش پذیری بین فردی نوجوانان دختر با رفتارهای جامعه ستیز مؤثر بود. در این راستا، پژوهشی (۲۳) نشان داد که طرحواره درمانی در کارآزمایی های بالینی، به ویژه در مردان مجرم مبتلا به اختلالات شخصیت کاهش نشانه های آسیب شناختی و ارتقاء عملکرد بین فردی را تسهیل کرد. پژوهش (۲۵) نیز گزارش کرد که مداخلات آموزش مدیریت والدین و طرحواره درمانی گروهی به افزایش انگیزش تحصیلی و کاهش نافرمانی در نوجوانان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری منجر شد. علاوه بر این، در مطالعه دیگری (۲۶، ۲۷) اثربخشی آموزش والدگری مبتنی بر طرحواره درمانی را در کاهش طرحواره های سازش نیافته و بهبود کیفیت روابط والد_ کودک تأیید کرد. در این روی آورد، آموزش والدین با تکنیک هایی مانند بازسازی شناختی، بازنویسی تخیلی^۱، صندلی خالی، و والدگری محدود، به آن ها کمک می کند تا طرحواره های ناکارآمد (مثلاً) کودک آسیب پذیر یا والد انتقادگر^۲ را تعدیل کنند. نتیجه ی این کار، تقویت مهارت های تنظیم هیجانی والدین و انتقال الگوهای رفتاری سالم به نوجوان است. به دنبال این مداخلات، والدین به الگوهای مثبت تنظیم هیجان مجهز شده و مهارت های ارتباطی و همدلی در فرزندان خود دست پیدا می کنند. این فرایند ضمن کاهش طرحواره های سازش نیافته در خانواده، منجر به تقویت شایستگی های هیجانی- اجتماعی نوجوانان و شکل گیری روابط مثبت تر والد- فرزند شد (۲۸).

طرحواره درمانی توانست دیدگاه گیری نوجوانان دارای ویژگی های جامعه ستیز را نیز به طور معناداری بهبود دهد. این نتیجه نشان می دهد که این روی آورد در ارتقاء توانایی شناختی- اجتماعی برای درک دیدگاه دیگران مؤثر است. طرحواره درمانی با تمرکز بر بازسازی شناختی طرحواره های سازش نیافته ی اولیه، والدین و فرزندان را به تأمل در تجربه های هیجانی و تصمیم گیری های گذشته سوق می دهد. آگاهی از طرحواره های ناکارآمد، از طریق آموزش و تمرین تکنیک هایی مانند گفت و گوی ذهنی، تجسم صندلی خالی و مرور تجارب دوران کودکی، به افراد کمک می کند تا الگوهای خودکار رفتاری و تفسیری را به کشاکش بکشند. تمرین های همدلانه در قالب تجربه ی نقش های متنوع (کودک آسیب پذیر، والد انتقادگر، بزرگسال سالم) به نوجوانان کمک می کند تا تفاوت دیدگاه ها را بهتر درک کنند و روابط خود را بر پایه ی احترام و درک متقابل بازسازی کنند. بنابراین، می توان گفت طرحواره درمانی با افزایش خودآگاهی هیجانی و کاهش سبک های مقابله ای ناکارآمد، تعامل اجتماعی را بهبود می دهد و صفات جامعه ستیزی را کاهش می دهد (۲۷).

این پژوهش هم همانند بسیاری از پژوهش ها دارای محدودیت هایی بود که از جمله آنها می توان به محدود شدن جنسیت آزمودنی ها اشاره کرد که با توجه به متغیرهای مورد مطالعه و شرایط فرهنگی ممکن است در آنها تفاوت آماری وجود داشته باشد که در این راستا پیشنهاد می شود پژوهش های مشابه در شهرهای با فرهنگ های مختلف و بر روی هر دو جنس انجام شود. از دیگر محدودیت های این پژوهش می توان به استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، و حجم نمونه کم به علت افت آزمودنی- ها اشاره کرد. بر این اساس استفاده از روش نمونه گیری تصادفی و حجم نمونه بیشتر برای پژوهش های آینده پیشنهاد می شود. سومین محدودیت این مطالعه، نداشتن دوره ی پیگیری پس از مداخله است که امکان ارزیابی پایداری اثرات درمان را از بین برده است. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده تا حد امکان دوره های پیگیری برای ارزیابی اثرات بلندمدت مداخلات در نظر گرفته شود.

در مجموع یافته‌های این پژوهش تأکید می‌کند که بررسی مشکلات نوجوانان به‌ویژه آنها که با ویژگی‌های جامعه‌ستیزی و بروز رفتارهای برون‌نمود مواجه هستند، اتخاذ یک روی‌آورد درمانی جامع، که همه جنبه‌های فردی، خانوادگی، و اجتماعی را دربر گیرد، ضروری است. درمان چندسیستمی با مشارکت فعال والدین، معلمان و سایر افراد مهم در زندگی نوجوان و نیز آموزش مهارت‌های شناختی، رفتاری و هیجانی، می‌تواند بستر بهزیستی و سلامت روان را فراهم آورد. این روی‌آورد با تمرکز بر تعاملات بین فردی و تقویت شبکه‌ی حمایتی فردی- خانوادگی، راهکار عملی و مؤثری برای کمک به نوجوانان در مواجهه با کشاکش‌های زندگی ارائه می‌کند. در نتیجه پیشنهاد می‌شود ترکیب درمان چندسیستمی با مداخلات تکمیلی (مانند آموزش همدلی یا تکنیک‌های تنظیم هیجان) توسط متولیان آموزش و پرورش مورد توجه قرار گیرد به این دلیل که این درمان‌ها می‌تواند اثربخشی مداخلات را بیش از پیش افزایش دهد و تضمین‌کننده سلامت روان در این گروه باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده یکم در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت است. مجوز علمی این مطالعه توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت طی نامه شماره ۱۸۲۴۰/۴/۱۶/۱۷ تاریخ

۱۴۰۲/۱۰/۲۶ و مجوز اجرایی آن بر روی افراد نمونه توسط اداره آموزش و پرورش ناحیه ۳ شهر کرج در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۳۰ صادر شده است. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1403.025 صادره از کمیته اخلاق زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی رشت است. همچنین ملاحظات اخلاقی مندرج در راهنمای انتشار انجمن روان‌شناسی آمریکا و کدهای اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی ایران از جمله رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، دریافت رضایت کتبی از افراد نمونه، و نظایر آن در این پژوهش رعایت شده است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه‌ای و با هزینه نویسندگان مقاله انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: در این پژوهش نویسنده یکم به عنوان طراح و ایده پرداز اصلی پژوهش و مسئول جمع‌آوری داده‌ها، نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما، و نویسنده سوم به عنوان استاد مشاور نقش داشتند.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچگونه تعارض منافی را به دنبال نداشته است.

در دسترس بودن داده‌ها: تمامی داده‌های این مطالعه در اختیار نویسنده مسئول است و در زمان داوری دست‌نوشته به نشریه تحویل داده شد. همچنین در صورت درخواست منطقی پژوهشگری خاص در اختیار او قرار خواهد گرفت.

رضایت برای انتشار: نویسندگان برای انتشار این مقاله رضایت کامل خود را اعلام کردند.

تقدیر و تشکر: از شرکت‌کنندگان محترم و همه کسانی که در اجرای پژوهش به ما یاری رساندند نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

References

- Maurer JM, Anderson NE, Allen CH, Kiehl KA. Examining the association between psychopathic traits and fearlessness among maximum-security incarcerated male adolescents. *Children*. 2024;11(1): 65. [Link]
- Fanti KA, Lordos A. Age patterns in psychopathic traits from age 9 to age 20: Testing unique associations with conduct disorder symptoms. *Curr Psychol*. 2022; 41(9): 6452-63. [Link]
- Gillespie SM, Jones A, Garofalo C. Psychopathy and dangerousness: An umbrella review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2023; 100: 102240. [Link]
- Sanz-García A, Peña Fernández ME, García-Vera MP, Sanz J. Prevalence of psychopathy in a community sample of Spanish adults: Definitions and measurements matter. *Front Psychol*. 2022; 13: 997303. [Link]
- Pinheiro M, Gonçalves RA, Cunha O. Emotional Processing and Psychopathy Among Women: A Systematic Review. *Deviant Behavior*. 2024; 45(10): 1366- 90.1390. [Link]
- Sica C, Perkins ER, Joyner KJ, Caudek C, Bottesi G, Caruso M, Giulini P, Ghisi M, Patrick CJ. Testing for sex differences in the nomological network of the triarchic model of psychopathy in incarcerated individuals. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2021; 43(4): 960-76. [Link]
- Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983; 44(1): 113-26. [Link]
- Gupta MD, Basu A, Thakurta R. Re-examining the relationship between interpersonal reactivity index subscales and mental well-being: Implications of the pandemic. *Acta Psychologica*. 2022; 228(8): 362-371. [Link]
- Li B, Weng Y. Prompt-based system for personality and interpersonal reactivity prediction. *Software Impacts*. 2022; 12: 100296. [Link]
- Hollarek M, Lee NC. Current understanding of developmental changes in adolescent perspective taking. *Curr Opin Psychol*. 2022; 45:101308. [Link]
- Chen WL, Liao WT. Emotion regulation in close relationships: The role of individual differences and situational context. *Frontiers in psychology*. 2021; 28: 12:697901. [Link]
- Branchadell V, Poy R, Ribes-Guardiola P, Segarra P, Moltó J. Psychopathic callousness and perspective taking in pain processing: An ERP study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2024; 19(1): nsae022. [Link]
- Burghart M, Mier D. No feelings for me, no feelings for you: A meta-analysis on alexithymia and empathy in psychopathy. *Pers Individ Dif*. 2022; 194: 111658. [Link]
- Kim EL, Gentile DA, Anderson CA, Barlett CP. Are mindful people less aggressive? The role of emotion regulation in the relations between mindfulness and aggression. *Aggress Behav*. 2022; 48(6): 546-62. [Link]
- Salekin RT, Grant JC, Bellamy NA, Salekin TL. Psychopathy and conduct disorder. *Encyclopedia of adolescence*. Springer Nature. 2023; 978(3)319-32132-5 [Link]
- Henggeler SW. Multisystemic therapy: An overview of clinical procedures, outcomes, and policy implications. *Child Psychology and Psychiatry Review*. 1999; 4(1):2-10. [Link]
- Littell JH, Pigott TD, Nilsen KH, Green SJ, Montgomery OL. Multisystemic Therapy® for social, emotional, and behavioural problems in youth age 10 to 17: An updated systematic review and meta-analysis. *Campbell Syst Rev*. 2021; 17(4): e1158. [Link]
- Bjørknes R, Hukkelberg S, Taraldsen K, Høstmælingen AT. Does Multisystemic Therapy Change Criminogenic Risk Factors? A 10-Year Study Among Norwegian Youths with and Without Offenses. *Crime & Delinquency*. 2024; 0(0). [Link]
- Satodiya R, Bied A, Shah K, Parikh T, Ash P. A systematic review of multisystemic therapy in adolescent sex offenders. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2024; 52(1): 51-60. [Link]
- Hosseini Fayyaz MB, Atef Vahid MK, Asgharnejad Farid AA. Effectiveness of a Multisystemic Therapy-based intervention in treating non-suicidal self-injury behaviors and conduct problems in a male adolescent: A case report. (*IJPCP*). 2024; 30: E4600. [Persian] [Link]
- Waalder, P.M., Bergseth, J., Vaskinn, L. et al. Identification of treatment elements for adolescents with callous unemotional traits: a systematic narrative review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 202; 18: 110. [Link]
- Fonagy P, Butler S, Cottrell D, Scott S, Pilling S, Eisler I, Fuggle P, Kraam A, Byford S, Wason J, Smith JA. Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): 5-year follow-up of a pragmatic, randomised, controlled, superiority trial. *The Lancet Psychiatry*. 2020 ;7(5): 420-30. [Link]
- Bernstein DP, Keulen-de Vos M, Clercx M, De Vogel V, Kersten GC, Lancel M, et al. Schema therapy for violent PD offenders: A randomized clinical trial. *Psychol Med*. 2023; 53(1): 88-102. [Link]
- Assmann A, et al. The effectiveness of dialectical behavior therapy compared to schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*. 2024; 93(4): 249-63. [Link]
- Mohammad Hasani S, Askary P, Heidarie A, Ehtesham Zadeh P. Comparison of the Effectiveness of "Parent Management Training" and "Group Schema Therapy" for Parents on Academic Motivation and Oppositional Defiance of Their Teenage Children with Conduct Disorder. *JHPM* 2021; 10 (4): 83-95. [Persian] [Link]
- Sabzi N, Farah Bijari A, Khosravi Z. The effectiveness of group schema therapy-based parenting education of mothers on modifying maladaptive schemas of the child and

- improving the quality of the parent-child relationship. JPCP. 2022; 10(1): 33-44. [Persian] [\[Link\]](#)
27. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. guilford press; 2006 Nov 3. [\[Link\]](#)
28. Joas J, Möhler E. Maternal bonding in early infancy predicts childrens' social competences in preschool age. Frontiers in Psychiatry. 2021; 12: 687535. [\[Link\]](#)
29. Motevally Joybari F, Bakhshipour Joybari B, Abbasi G. Compare the effectiveness of maternal training based on attachment-based intervention and cognitive-behavioral intervention on multiple dimensions of anxiety in children with separation anxiety disorder. J Child Ment Health. 2025; 11 (4): 69-90 [\[Link\]](#)
30. Giah Z, Sadoughi M, Tammannefar M. The effectiveness of self-compassion training on cognitive emotion regulation and distress tolerance in mothers of children with intellectual disability. J Child Ment Health 2024; 11(3): 4 [\[Link\]](#)
31. Khani R, Abedi A, Javadzadeh Shahshahani F. Effectiveness of mothers' wise parenting training on the psychological well-being of preschool children. J Child Ment Health 2024; 11(3): 1 [\[Link\]](#)
32. Pallant J. SPSS survival manual: A step-by-step guide to data analysis using IBM SPSS. McGraw-hill education (UK); 2020 Apr 1. 778 – 780. [\[Link\]](#)
33. Levenson MR, Kiehl KA, Fitzpatrick CM. Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. APAPSYc. 1995; 68(1): 151-68. [\[Link\]](#)
34. Anestis JC, Green BA, Arnau RC, Anestis MD. Psychopathic personality traits in the military: An examination of the Levenson Self-Report Psychopathy Scales in a novel sample. SAGE J. 2017;26(4): 43-56 [\[Link\]](#)
35. Garofalo C, Noteborn MG, Sellbom M, Bogaerts S. Factor structure and construct validity of the Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRP): A replication and extension in Dutch nonclinical participants. Journal of personality assessment. 2019 Sep 3;101(5):481-92. [\[Link\]](#)
36. Gholami F, Zarei E, Mohammadi K. Development and Effectiveness of a Parent-Adolescent Relationship Training Program Based on the Dark Triple Traits of Military Parent Personality and the Parent-Child Relationship on the Dark Triplet of Parent Personality. Jmp . 2022; 13(49): 11-38. [Persian] [\[Link\]](#)
37. Péloquin K, Lafontaine MF. Measuring empathy in couples: Validity and reliability of the interpersonal reactivity index for couples. Journal of personality assessment. 2010 Feb 16;92(2):146-57.k. [\[Link\]](#)
38. Hosseinverdi M, Pourassadi Z, Keshavarz S, Kakavand A. Effectiveness of compassion-focused therapy on self-esteem, empathy, and forgiveness in child labor. J Child Ment Health. 2021; 7(4): 181-96 [Persian] [\[Link\]](#)
39. Amirkhanloo A, Dousti Y, Donyavi R. The Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with Emotional Intelligence Training on Social Adjustment in Adolescents with Conduct Disorder. JAFT. 2022; 3(4): 217-42. [Persian]. [\[Link\]](#)
40. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Pers Psychol. 1975; 28(4). [\[Link\]](#)