

## اثربخشی مشاوره خانواده به شیوه مثبت نگری و حل مسئله بر روابط میان فردی نوجوانان دختر

یاسر مدنی<sup>۱</sup>  
غلامرضا سهراب پور<sup>۲</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی دو فن مثبت نگری و حل مسئله از مجموعه فنون رویکرد شناختی رفتاری بر روابط میان فردی نوجوانان دختر انجام شد. روش پژوهش، مطالعه موردی بود. در این مطالعه، یک آزمودنی دختر ۱۷ ساله دانش آموز کلاس سوم دبیرستان که با به کارگیری مصاحبه بالینی، ملاک‌های تشخیصی DSM-IV و آزمون‌های تشخیصی؛ پرسشنامه چند جنبه‌ای مینه سوتا (MMPI)، فهرست بازبینی نشانه‌های-۹۰- تجدیدنظر شده (SCL-90-R) و مقیاس ۱۶ عاملی شخصیت کتل دارای مشکلات شدیدی در زمینه روابط میان فردی تشخیص داده شد، شرکت نمود. یافته‌ها آشکارکننده نقش خانواده در بروز، نگهداری و نیز بهبود روابط میان فردی نوجوانان دختر بود. همچنین یافته‌ها نشان داد که روش ترکیبی حل مسئله و مثبت نگری در بهبود روابط میان فردی نوجوانان دختر کارآمد است. برآمدها نشان گر آن بود که خانواده به‌عنوان عامل مهم و تأثیرگذار در روابط میان فردی نوجوانان باید در نظر گرفته شود. همچنین با توجه به اینکه بکار بستن این دو فن به‌جای مجموعه فنون شناختی- رفتاری در بهبود روابط میان فردی نوجوانان دختر اثربخش بود، از این رو پژوهش حاضر در راستای صرفه‌جویی در زمان و هزینه نیز می‌تواند به کار رود.

**کلیدواژه‌ها:** مشاوره خانواده، نوجوانان دختر، روابط میان فردی، مثبت نگری، حل مسئله

## مقدمه

بنیاد اصلی جامعه، خانواده است. تحقق جامعه سالم در گرو سلامت خانواده و شرط دستیابی به خانواده سالم، برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با دیگران است (سادوک، سادوک و کاپلان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). افراد جامعه برای حفظ سلامت تن و روان خود به برپایی رابطه با دیگران، وابسته‌اند. روابط سست و ناخوشایند می‌تواند خاستگاه فشار روانی و روابط خوب و مناسب، می‌تواند خاستگاه کمال و شکوفایی باشد (قاسمی، ۱۳۸۳).

ارتباط میان فردی یک تعامل گزینشی-نظام مند، منحصربه‌فرد و روبه‌پیشرفت است که سازنده شناخت طرفین از یکدیگر و برآیند این شناخت بوده و مایه آفرینش معانی مشترک در میان آن‌ها می‌شود (کربلایی اسماعیلی، انواری، نجورایی و خواجه حسین، ۱۳۸۵).

بر پایه دیدگاه‌های چند نسلی خانواده، بنیاد روابط میان فردی در خانواده اصلی شکل می‌گیرد (بلیاد، ناهید پور، آزادی و یادگاری، ۱۳۹۳). درمانگران، امروزه خانواده‌درمانی را با هدف کمک به بهبود تعامل اعضای خانواده به کار می‌گیرند. از این رو مراجعین را جدا از خانواده در نظر نمی‌گیرند، به جای آن دست به اصلاح سامانه خانواده می‌زنند (گرس و فرتس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). یکی از روش‌های خانواده‌درمانی برای بهبود روابط میان فردی، خانواده‌درمانی به شیوه شناختی- رفتاری است. بکار بستن از روش‌های شناختی- رفتاری در درمان مشکلات رفتاری، بسیار موفقیت‌آمیز بوده است (گل کاری، کلاتری و عابدی، ۱۳۹۳).

سیگیولند، راینو دیاموند<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری و درمان شناختی- رفتاری بر کاهش ترس‌های اجتماعی، اضطراب جدایی و اختلال اضطراب از سوی نوجوانان ۱۸-۱۲ ساله را مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد که خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری به همراه درمان شناختی- رفتاری در سنجش با درمان شناختی- رفتاری به تنهایی در کاهش مشکلات نوجوانان ۱۸-۱۲ ساله کارآمدتر واقع شده است. همچنین خدا یاری فرد و عابدینی (۱۳۸۲) با بهره‌گیری از خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری در طی جلسات خانوادگی از فن‌های آموزش حل مسئله<sup>۴</sup>، خودبازبینی<sup>۵</sup> با استفاده از تهیه جدول گزارش دهی

1. Sadock, Sadock & Caplan

2. Gels & Frets

3. Sigueland, Ryann & Diamond

4. problem solving

5. self monitoring

افکار و اعمال و سواسی، مثبت نگری<sup>۱</sup>، تنش زدایی<sup>۲</sup> و درمان انزجاری<sup>۳</sup> استفاده کردند، برآمد آن‌ها حاکی از تأثیر مثبت و معنی دار این فن‌ها بر درمان اختلال و سواس بی‌اختیاری<sup>۴</sup> کودکان و نوجوانان بود. خدا یاری فرد و پرند (۱۳۸۳) در پژوهش خود به کارایی بالای روش‌های حساسیت‌زدایی منظم<sup>۵</sup>، حل مسئله و مثبت نگری در درمان هراس خاص<sup>۶</sup> افراد رسیدند. همچنین همچنین آن‌ها در پژوهش دیگر خود در سال ۱۳۸۵، با استفاده از روش حل مسئله، خود بازمینی، مثبت نگری و تنش زدایی، به این نتیجه رسیدند که این روش‌ها تأثیر بسزایی بر بهبود هراس اجتماعی افراد می‌گذارد.

در تمامی پژوهش‌های مذکور، دو روش حل مسئله و مثبت نگری از مجموعه روش‌های شناختی- رفتاری وجود دارند که به کارگیری هر دو آن‌ها با نتایج مثبت و کارایی بالایشان در این پژوهش‌ها گزارش شده‌اند. در هیچ کدام از پژوهش‌های مذکور، به‌طور اخص از ترکیب مثبت نگری و حل مسئله استفاده جامع به عمل نیامده است. همچنین، به دلیل حساسیت بالای دوران نوجوانی و وجود عامل بسیار مهم روابط میان فردی نوجوانان دختر در بستر خانواده، این پژوهش بر آن است که تأثیر روش ترکیبی مثبت نگری و حل مسئله را بر روابط میان فردی نوجوان دختر مورد بررسی قرار دهد.

به‌طور کلی، حل مسئله به فرآیند شناختی- آن، شخص به دنبال تعیین و همچنین کشف راه‌های مؤثر و سازش یافته مقابله‌ای به منظور مشکلات روزمره است (دزوریل و سیدی<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲). در این روش به مراجعین آموزش داده می‌شود که چگونه در یک فرایند گام‌به‌گام به حل مسائل و مشکلات خود پردازند (ملوف، ترستینسون و اسپجات<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷). نزو<sup>۹</sup> (۱۹۹۰)، نقطه نقطه مشترک تمام درمان‌های شناختی رفتاری را حل مسئله می‌داند؛ زیرا در این روش به فرد آموزش داده می‌شود که در برخورد با مسائل و مشکلات چگونه فکر کند نه اینکه به چه چیزی فکر کند.

1. positive thinking

2. relaxation

3. aversive therapy

4. obsessive compulsive disorder

5. systematic desensitization

6. specific phobia

7. D'Zurill & Seedy

8. Malouff, Thorsteinsson, & Schutte

9. Nezu

مراحل مهارت حل مسئله از این قرار است؛ مرحله اول: انتخاب رویکرد مناسب درباره مسئله بدین گونه که اول با خود فکر کنیم و آگاهانه به احساس و هیجان خود پی ببریم. در این مرحله ضروری است باورهای غلط نسبت به مسئله شناسایی و اصلاح شوند. مرحله دوم: مسئله به صورت دقیق تعریف می شود. در این مرحله به سؤال‌هایی همچون؛ مشکل چیست؟ از چه زمانی آغاز شده است؟ چه کسانی در این مشکل نقش دارند؟ پاسخ داده می شود. طی این مرحله لازم است مشکل به ابعاد ساده تر و کوچک تر شکسته شود و با بیان اهداف عینی و شفاف، تعریف دقیقی از مسئله ارائه شود. مرحله سوم: راه حل‌های ناهمسان بدون در نظر گرفتن درستی یا نادرستی و مثبت و منفی بودن آن‌ها یادداشت می شوند. مرحله چهارم: راه حل‌های یادداشت شده مورد ارزیابی قرار می گیرند، درباره مزایا و معایب آن‌ها به تفکر پرداخته می شود و در نهایت، بهترین راه حل کشف می شود. مرحله پنجم: اولویت بندی و بازبینی راه حل‌ها و اجرا کردن بهترین راه حل مدنظر است. راه حل‌های سودمند را انتخاب نموده و از میان آن‌ها دست به اولویت بندی می‌زنیم، برنامه زمان بندی را مشخص می کنیم و به اجرای راه‌حلی که اولویت داشته، اقدام می کنیم (جویس، ویل و کلپون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴؛ سانایی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳).

ریف<sup>۳</sup> (۱۹۹۰)، معتقد است آموزش حل مسئله اجتماعی در برابر رویدادهای منفی همانند سپر بلا عمل خواهد کرد. از طرف دیگر، حل مسئله اجتماعی رابطه مثبت با میزان اعتماد به نفس و کانون شاهد درونی و رابطه منفی با بروز مشکلات رفتاری دارد (برگ<sup>۴</sup>، ۱۹۸۲). همچنین، نبود یا کمبود هیجانات مثبت در زندگی نیز می تواند سبب پیدایش انواع آسیب‌ها و مشکلات روانی شود (لایلی و فریتز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). تنها شاهد آسیب‌های روان‌شناختی، نبود هیجانات مثبت و لذت در زندگی نیست، بلکه از عوامل ایجادکننده آن‌ها است (رشید<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸).

مثبت نگری رامی توان استفاده از تمام ظرفیت‌های ذهنی مثبت، نشاط انگیز و امیدوارکننده در زندگی، برای تسلیم نشدن در مقابل عوامل منفی ساخته ذهن و احساسات یأس آور برآمده از دشواری ارتباط با انسان‌ها و رویارویی با طبیعت دانست؛ به عبارت دیگر، مثبت نگری «داشتن امید

1. Joyce, Weil & Calhoun

2. Sanai

3. Reiff

4. Berg

5. Linely & Joseph

6. Rashid

همیشگی به یافتن راه حل» و به تعبیر شایع، «خوش بینی» نسبت به جهان، انسان و خود است (اسلامی، ۱۳۸۷).

مثبت نگری به دو صورت فردی و خانوادگی انجام می‌شود که دربرگیرنده این مراحل است؛ مرحله اول: از آزمودنی خواسته می‌شود تا نقاط قوت خود را نام ببرد. مرحله دوم: در این مرحله و در خلال چندین جلسه از فرد خواسته می‌شود که حداقل ۱۵-۱۰ تجربه خوب که منجر به احساس شادی و غرور وی می‌شود را نام ببرد. مرحله سوم: از آزمودنی خواسته می‌شود که به نقاط قوت قابل اتکایی اشاره کند که در تجارب خوشایند ذکر شده در مرحله پیشین از آن‌ها بهره برده است. مرحله چهارم: از او خواسته می‌شود که نقاط قوت مشخص شده خود را به ترتیب اولویت قرار دهد و ۸-۵ توانمندی را که نقاط قوت قابل اتکا خوانده می‌شوند، انتخاب کند. مرحله پنجم: در آخرین مرحله، از آزمودنی خواسته می‌شود تا شواهد و معیارهایی را مبنی بر اینکه با ارزش‌ترین و معتبرترین نقاط وی قابل اتکا هستند، ارائه دهد (خدایاری فرد، ۱۳۷۹).

عاصمی زواره، عسگری، چیت‌ساز، مهرابی و جهانبازی (۱۳۹۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش شناختی- رفتاری بر کاهش حساسیت در روابط متقابل مؤثر بوده است. همچنین اژه‌ای، منظری توکلی، حسینی و هاشمی زاده (۱۳۹۱) در پژوهش خود دریافتند که درمان شناختی- رفتاری بر افزایش سازش یافتگی اجتماعی دانش آموزان ناسازگار مؤثر است. صیاد، برزگر و بساک نژاد (۱۳۹۰)، نیز در پژوهش خود نشان دادند گروه‌درمانی شناختی رفتاری در کاهش حساسیت میان فردی دانش آموزان دختر اثربخش است. نداف شرق (۱۳۹۲)، در پژوهش خود نشان داد که گروه‌درمانی شناختی- رفتاری تأثیر معنی‌داری در افزایش حمایت اجتماعی، کاهش تعارض و افزایش عمق روابط میان فردی دارد.

در قرون نوین مهم‌ترین وظیفه پیشگیری، بر توانمندی‌های انسان و ارتقای توانمندی‌های نوجوانان تأکید دارد. با توجه به چالش دوره نوجوانی، شگفت‌آور نیست که نوجوانان به‌عنوان گروه در معرض خطر برای مشکلات رفتاری و فشار روانی در نظر گرفته شوند (گلدشتان و هیون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). دوره نوجوانی از زمان‌های بسیار قدیم تاکنون یکی از مهم‌ترین دوران‌های زندگی بشر به شمار رفته و نقش خانواده در این دوران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (شکر بیگی و یاسمی نژاد، ۱۳۹۱). تحقیقات نشان می‌دهد که نزدیک ۱۵ درصد نوجوانان از مشکلات

1. Goldstein & Heaven

روانی رنج می‌برند (ولکر و تاونسند<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸؛ بلاک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲). هالینگ و همکارانش<sup>۳</sup> در بررسی خود بر روی نوجوانان آلمانی نشان دادند که ۱۱/۹ درصد از نوجوانان به علت مشکلات رفتاری نیاز به خدمات مشاوره‌ای دارند. در واقع تا وقتی که از انسان صحبت می‌کنیم، می‌بایست روابط میان انسان‌ها و مشکلات همراه با آن را نیز مطرح کنیم. روابط برقرار کردن، جز جدانشدنی ذات انسان به شمار می‌رود. از این رو وجود روابط میان فردی ضعیف در افراد، ضرورت وجود این پژوهش را آشکار می‌سازد. از طرف دیگر، وقتی تعیین تأثیر یک روش معین بر فرد آزمودنی‌ها هدف پژوهش است، طرح‌های گروهی کارساز نیستند. مشکل دیگر استفاده از طرح‌های پژوهشی گروهی این است که در شرایط آموزشی و بالینی اغلب نمی‌توان تعدادی از افراد دارای مسائل مشابه را پیدا کرد تا بتوان آن‌ها را به گروه‌های تصادفی آزمایش و گواه تقسیم نمود (سیف، ۱۳۶۶). در راستای حل مشکلات فوق، با توجه به تحقیقات صورت گرفته در زمینه حل مشکلات رفتاری و میان فردی و همچنین با هدف تعمیم گزاره‌های نظری، پژوهش حاضر بر آن است به منظور صرفه‌جویی در وقت و هزینه، تنها با استفاده از دو فن حل مسئله و مثبت نگری به جای استفاده از کل فنون شناختی- رفتاری که در پژوهش‌های پیشین صورت گرفته است، به بررسی موردی تأثیر حل مسئله و مثبت نگری جهت بهبود روابط میان فردی در نوجوان دختر پردازد تا تبیین شود آیا تنها استفاده از این دو فن از فنون خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری می‌تواند بر بهبود روابط میان فردی نوجوانان اثربخش باشد؟ همچنین با اذعان به اینکه تاکنون در ایران پژوهشی بدین نحو در این زمینه صورت نگرفته، هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی ترکیبی مهارت حل مسئله و مثبت‌نگری جهت بهبود روابط میان فردی نوجوانان دختر با تأکید بر خانواده است.

## روش پژوهش

در این پژوهش، آزمودنی یک دختر نوجوان ۱۷ ساله، کلاس سوم دبیرستان، فرزند اول خانواده بود. تحصیلات پدر دیپلم و مادر دارای تحصیلات سیکل بود. وی دارای یک خواهر ۱۴ ساله و یک برادر ۹ ساله بود. ابتدا از آزمودنی و اعضای خانواده وی رضایت برای شرکت

1. Walker&Townsend

2. Black

3. Holling, Erhar, Ravens & Schlak

آگاهانه و داوطلبانه در این پژوهش گرفته شد. پس از به عمل آمدن مصاحبه بالینی و ملاک‌های تشخیصی DSM-IV از آزمودنی و همچنین بر پایه آزمون‌های روان‌شناختی و در نهایت تأیید خود آزمودنی مشخص گردید که او در روابط میان فردی مشکلات شدیدی دارد. نتایج آزمون‌های روان‌شناختی پرسشنامه چند جنبه‌ای مینه سوتا<sup>۱</sup> (MMPI)، فهرست بازمینی نشانه‌های-۹۰- تجدیدنظر شده<sup>۲</sup> (SCL-90-R) و مقیاس ۱۶ عاملی شخصیت<sup>۳</sup> کتل<sup>۴</sup> نیز حکایت از این امر داشت. به دنبال مشخص شدن مشکل آزمودنی از روش‌های حل مسئله و مثبت نگری که دو روش از مشاوره خانواده‌درمانی شناختی-رفتاری محسوب می‌شوند، به‌منظور بهبود روابط میان فردی آزمودنی استفاده شد.

از روش حل مسئله و مثبت نگری هم در جلسات انفرادی با خود آزمودنی و هم در جلسات خانواده با حضور همه اعضای خانواده بهره گرفته شد. در این پژوهش، در طی جلسه‌ای با حضور تک‌تک اعضای خانواده، پس از برقراری ارتباط مؤثر و توأم با همدلی با اعضا و بیان کردن اصل رازداری و محرمانه بودن جلسات، از آن‌ها خواسته شد تا یکی از مشکلات روزمره خود را مطرح کنند. خانواده مشکل میان فردی آزمودنی را مطرح کردند و همه اعضا توافق خود را درباره اینکه روی این مشکل کار کنیم اعلام نمودند. سپس به‌طور عملی در طی جلساتی چگونگی به‌کارگیری روش حل مسئله و مثبت نگری برای اعضای خانواده آموزش داده شد.

## یافته‌ها

در این پژوهش، یک آزمودنی نوجوان به همراه خانواده‌اش به مدت ۱۵ هفته، هر هفته یک‌بار مورد مطالعه قرار گرفت. در نخستین جلسه مشاوره، مشاهده می‌شد علیرغم رغبت کامل آزمودنی به جریان مشاوره کمی دستپاچگی و دلهره در وی وجود دارد (وضعیت دلهره و اضطراب وی در چهره‌اش و همچنین بازی کردن با انگشتانش مشخص بود). او اظهار داشت که استرس دارد و استرس و دستپاچگی‌اش مختص این جلسه نیست بلکه در کلیه روابطش با دیگران مشکل دارد. او از مادرش حرف به میان آورد که وقت کمی را به وی اختصاص

1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory

2. Symptom Checklist.90.R

3. 16 Personality Factors Questionnaire

4. Cattle

می دهد علیرغم اینکه خانه دار است بیشتر به پسر کوچک خانواده توجه می کند و وقتی که می خواهد نطقی کند، مدام حواسش به این است که مبادا اشتباهی حرفی بزند، نظری بدهد که مورد سرزنش کلامی و غیر کلامی مادر قرار بگیرد. مادر درباره برخورد خودش با فرزندان، بیان داشت که فرزندان خود را به یک اندازه دوست می دارد ولی به فرزند پسر بیشتر اهمیت می دهد. مادر از دست به گوشی بودن افراطی آزمودنی و اینکه در جمع حضور پیدا نمی کند، ابراز ناراحتی می کرد. پدر نیز در ابتدا کمی مردد به حرف زدن به نظر می رسید. به تدریج با کسب اعتماد آغاز به صحبت کردن نمود تا جایی که در طول جلسه، راحت و با تغییر لحن راجع به وضعیت کنونی آزمودنی صحبت به میان آورد؛ که یک سری مشکلات دارد از جمله اینکه آزمودنی چندان برای حرف های دیگر اعضای خانواده احترام قائل نیست و با خواهر و برادرش مشکل دارد و در بعضی مواقع پرخاشگری می کند. از پدر خواسته شد بیشتر توضیح دهد و مسئله را روشن تر بیان کند. پدر اشاره به این موضوع می کرد که آزمودنی در بحث های خانوادگی شرکت نمی کند و این مسئله او را اذیت می کند.

به منظور تشخیص نوع مشکل علاوه بر بهره گیری از فنون مشاهده و مصاحبه بالینی با در نظر گرفتن ملاک های تشخیصی DSM-IV، از آزمون های تشخیصی MMPI، SCL-90-R و ۱۶ عاملی شخصیت کتل استفاده شد.

پرسشنامه شخصیتی چند جنبه ای مینه سوتا (MMPI): به دلیل طولانی بودن MMPI و مغایرت برخی از پرسش ها با فرهنگ و ارزش های ایرانی، اخوت، براهنی، شاملو و نوع پرست (۱۳۵۴)، ۷۱ سؤال را از پرسشنامه مذکور اقتباس کرده و با در نظر گرفتن فرهنگ خاص ایران آن را در فرم کوتاهی تدوین کردند. پژوهش های انجام شده بر روی فرم ۷۱ سؤالی روشنگر ارزش تشخیصی آن بوده است (خدا یاری فرد و پرند، ۱۳۹۱). محتوای این آزمون بسیار متفاوت و بر دیدگاه های زیر استوار است: سلامت عمومی بدن، اختلالات عصبی، تحرک و هماهنگی، علائم بیماری های روان-تنی، تربیتی، شغلی، خانوادگی، زناشویی؛ حالات اضطراب، ترس های مرضی؛ تمایلات خود آزاری، دیگر آزاری، افکار ثابت و ... (گنجی، ۱۳۸۹).

آزمودنی فرم کوتاه MMPI را در ۱۸ دقیقه و با یک بار استفاده از پاک کن پاسخ داد. همان طور که نمودار ۱ نشان می دهد، آزمودنی نمره متوسطی در مقیاس L گرفته است،

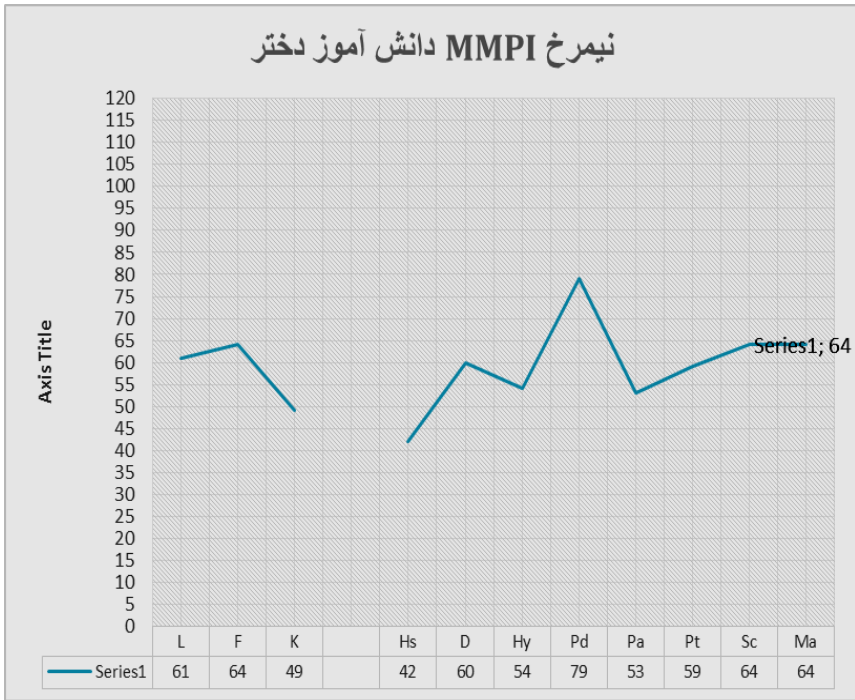


روشنگر این است که آزمودنی کمی صریح است. به علاوه آزمودنی تلاشی برای ارائه توصیفی مثبت و غیر واقع‌گرایانه از خود نداشته است. از آنجایی که آزمودنی بسیار مشتاق به بهبود خود نشان می‌داد این امر بدیهی به نظر می‌رسد. نمره F مراجع  $T = 64$  و نمره K او  $T = 49$  بود نشان از راست‌گویی آزمودنی به هنگام پاسخ داشته است. این نکته حائز اهمیت است که این نخستین آزمون شخصیتی بوده که وی در طول زندگی‌اش تجربه کرده بود.

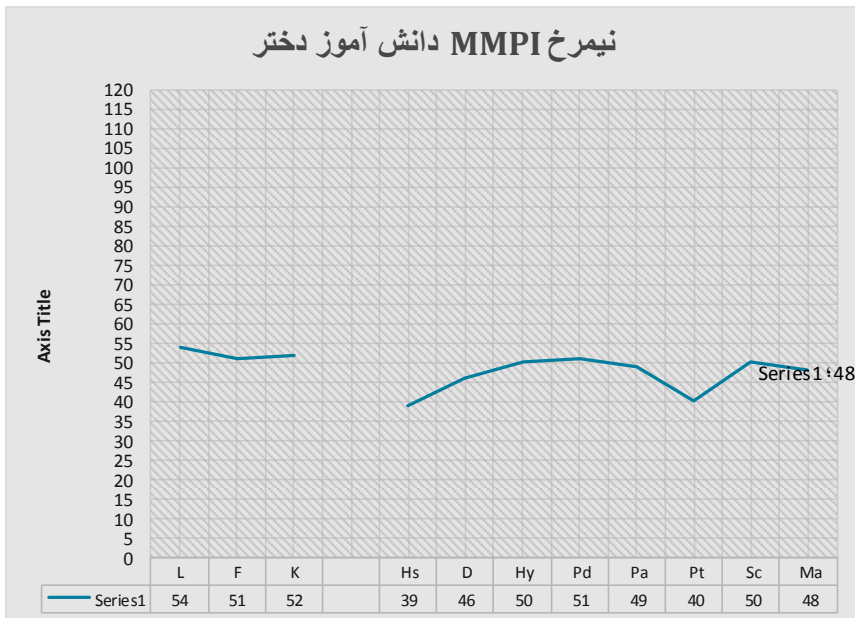
همچنین، آزمودنی در مقیاس HS (خودبیمارانگاری) نمره ۴۲ را گرفته است. این امر نشان‌دهنده فقدان شکوه‌های بدنی است. همچنین در مقیاس D یا افسردگی نمره ( $T = 60$ ) را کسب نموده است. برافراشتگی متوسط رو به بالا را نشان می‌دهد. این امر حاکی از آن است که شخص ممکن است با صفاتی مانند غیر معاشرتی، خجالتی، کناره‌گیر، ترسو<sup>۱</sup> و بازداری شده<sup>۲</sup> توصیف شود. وی در مقیاس Hy (هیستری) نمره ( $T = 54$ ) به دست آورده است. نمره متوسطی است. روشنگر آن است که آزمودنی چندان درباره برخی از کارکردهای جسمانی خود شکایت ندارد. در مقیاس Ma، نمره ۶۴ به دست آمده است که متوسط رو به بالاست و نشان‌دهنده این است که فرد به امور ناهمسازان علاقه‌مند است و همچنین ممکن است در زمینه تحصیلی و خانوادگی با مشکلاتی روبرو باشد. نمره آزمودنی در مقیاس Sc (اسکیزوفرنی) برابر با  $T = 64$  شده است که نمره متوسط رو به بالایی است. روشنگر این است که فرد تا حدودی دارای احساس بیگانگی است و احساس می‌کند اطرافیان او را به خوبی درک نمی‌کنند. همچنین در مقیاس Pt (خستگی روانی) نمره  $T = 59$  است. برآشفتگی متوسط رو به بالا را نشان می‌دهد. با افزایش برآشفتگی از متوسط به بالا، نشان‌دهنده این است که افراد کمرو هستند، مشکلات اجتماعی را تجربه می‌کنند و اغلب درباره میزان پذیرش و محبوبیت اجتماعی‌شان نگران‌اند. آزمودنی در مقیاس Pa، در حد متوسط است. این نشانگر حساسیت بیش از اندازه در روابط میان فردی است (گراث-مارنات، ۲۰۰۳؛ ترجمه پاشا شریفی و نیک‌خو، ۱۳۸۴). آزمودنی در مقیاس Pd (انحراف روانی-اجتماعی) بیشترین نمره را گرفته  $T = 79$  که نشان‌دهنده این است که روابط اجتماعی آزمودنی سطحی و تضاد با اجتماع و افراد اطراف خود دارد (کرمی، ۱۳۸۹).

1. timid

2. inhibited



نمودار ۱. نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون MMPI قبل از مداخله



نمودار ۲. نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون MMPI پس از مداخله

آزمون SCL-90-R: چنان که از نامش پیداست، این آزمون متشکل از ۹۰ عبارت توصیفی درباره علائم بیماری است که مراجع برحسب شدت آن‌ها را (در دامنه‌ای از هیچ=۰ تا شدید=۴) درجه‌بندی می‌کند. داشتن مهارت خواندن تا سطح کلاس ششم برای پاسخ دادن به پرسش‌های این چک‌لیست کافی است و زمان لازم برای اجرای آن معمولاً میان ۱۲ تا ۱۵ دقیقه است (گراث - مارنات، ۲۰۰۳؛ ترجمه پاشا شریفی و نیک‌خو، ۱۳۸۴).

در مدت زمان ۱۴ دقیقه، آزمودنی به پرسشنامه SCL-90-R پاسخ داد. نتایج این آزمون با توجه به نمودار ۳، نشان داد که آزمودنی در شکایات جسمانی، اضطراب و ترس مرضی در وضعیت مرضی قرار دارد که خود وی نیز پذیرفت. همچنین، همان‌طور که نیمرخ این آزمون نشان می‌دهد، آزمودنی در حساسیت در روابط متقابل نمره بالایی نسبت به سایر مقیاس‌ها دارد و در حالت بیمار قرار دارد. حساسیت در روابط متقابل به احساس عدم کفایت و حقارت فرد به‌ویژه در هم‌سنجی با دیگران تأکید دارد. دست‌کم گرفتن خود، عدم آرامش، راحت نبودن و ناراحتی محسوس در جریان ارتباط با دیگران، از تظاهرات خاص این بعد است (خدا یاری فرد و پرند، ۱۳۹۱)



نمودار ۳. نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون SCL-90-R قبل از مداخله



#### نمودار ۴. نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون SCL- 90-R پس از مداخله

پرسشنامه 16PF (پرسشنامه شخصیتی ۱۶ عاملی کتل): این پرسشنامه به وسیله کتل و همکاران وی در سال ۱۹۵۰ ساخته شده است. فرم متداول این تست، دارای ۱۸۷ ماده است که بر پایه یک مقیاس سه درجه‌ای شبیه مقیاس لیکرت به آن‌ها پاسخ داده می‌شود. اجرا و نمره گذاری آزمون به آسانی امکان پذیر است. به هر یک از ماده‌ها برحسب نوع پاسخ داده شده نمره ۰، ۱ و ۲ داده می‌شود، به جز مقیاس B یا مقیاس هوش که به هر سؤال برحسب درستی یا نادرستی پاسخ نمره ۰ یا ۱ تعلق می‌گیرد. با جمع کردن نمره‌های هر یک از ماده‌های مقیاس‌ها، برای هر مقیاس یک نمره خام به دست می‌آید. سپس با استفاده از جدول‌های نرم مجموع نمره‌های خام هر مقیاس به یک نمره استاندارد تبدیل می‌شود (پاشا شریفی، ۱۳۸۸).

نتایج آزمون کتل نشان داد؛ در عامل A مراجع در قطب منفی است. چیزها یا کلمات (به ویژه چیزهای مادی)، کار تنها و مصاحبت روشنفکرانه را دوست دارد و از برخورد دیدگاه‌ها اجتناب می‌ورزد. مصاحبه و خود مراجع نیز این موارد را تأییدشان کرد. در عامل F، مراجع تقریباً به سمت درون‌گرایی متمایل است؛ که با یافته‌های پیشین همسان است. در عامل H، مراجع در قطب منفی جای گرفته و این احتمالاً بیانگر کمرویی، احتیاط، فاصله جویی و دقت عمل است. در عامل O، مراجع تقریباً در قطب منفی است. این نتیجه بیانگر این است که وی نسبتاً مضطرب است. خود مراجع نیز قبول داشت.

نتایج ابتدا برای آزمودنی و سپس برای والدین تفسیر شد. بدین صورت که در طی جلسات درمانی نتایج آزمون‌های صورت گرفته برای آزمودنی تفسیر و توضیح داده شد و آزمودنی

صحت این نتایج را تأیید نمود. بعد از آن طی جلسه‌ای با حضور والدین به این مهم پرداخته شد. آموزش روش‌های حل مسئله و مثبت نگری به صورت گروهی به اعضای خانواده داده شد. در این جلسات از اعضای خانواده خواسته شد که روابط عاطفی را در خانواده جدی‌تر بگیرند، احترام متقابل را رعایت کنند، درباره وجود راه‌حل‌های گوناگونی که برای حل مسائل خانوادگی می‌توان پیدا کرد، با یکدیگر به بحث و گفتگو بپردازند، فرم نقاط قوت را تکمیل کنند و هر یک به نوعی در به وجود آوردن شرایط محیطی توأم با آرامش در خانواده، کوشا باشند.

راجع به خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری و تأثیر آن در رفع مشکلات خانواده صحبت شد سپس درباره مهارت مثبت نگری توضیحاتی به عمل آمد. پس از جویا شدن از نظرات اعضا درباره کار، جلسه به طور رسمی آغاز شد. کاغذ نوشتن نقاط مثبت را به اعضا داده شد و از آن‌ها درخواست شد که نقاط مثبت خود را بنویسند و هر کس آن را بخواند. آزمودنی در این مرحله نقاط قوت خودش را درس خوان بودن، سعی در خودشناسی، مهربان و کوشا ذکر نمود. پس از آن نقاط مثبت خود از دید دیگران را نوشته و خواندند. سپس از آن‌ها خواسته شد نقاط مثبت یکدیگر را بنویسند و سپس رو به خودش آن صفات را بخوانند. بازخوردهای مثبتی که به آزمودنی داده می‌شد باعث شد که خودش نیز فعالانه در جلسه مشارکت کند. مادر معتقد بود که آزمودنی مهربان، درس خوان، منظم، زیبا و با کمالات است. چشمان آزمودنی به سمت پدر می‌بود. خواهر آزمودنی صفاتی از جمله؛ رک بودن، درس خوان بودن، باسلیقه بودن و زیبایی را برای وی برشمرد. در این مواقع، چشمان آزمودنی به سمت پدر می‌بود. گویی خیلی کنجکاو هست از زبان پدر شنیدار باشد. پدر ویژگی‌هایی همچون؛ دختر عزیز بابا، مهربان، پرتلاش و دختر زحمت کش بابا که بزرگ بچه‌هاست و سختی کشیده و سخت کوش است. وقتی آزمودنی سخت کوش را از زبان پدر شنید اشک در چشمانش حلقه زد. پرید و بوسه‌ای از بابا گرفت. در ادامه سایر اعضا نیز نقاط قوت یکدیگر را بازگو کردند.

در طی فرآیند حل مسئله، مادر به این مهم دست پیدا کرد که آزمودنی را سرزنش نکند و به او فرصت ابراز کردن عقایدش را بدهد. پدر به امر مهم تشویق کردن رسید، بدین معنا که با تشویق کردن آزمودنی به شرکت کردن در جمع خانوادگی در جهت بهبودی او گام بردارد. همچنین، آزمودنی به رابطه معنوی خود اشاره کرد و حضور در مراسم‌های مذهبی و توکل

کردن را در کمک به خود مورد توجه قرارداد. پس از پایان ۱۵ جلسه، از آزمودنی مجدداً آزمون‌های SCL90-R، MMPI و ۱۶ عاملی شخصیت کتل به عمل آمد. نتایج آزمون‌های MMPI (نمودار ۲)، SCL90-R (نمودار ۴) روشنگر بهنجار بودن آزمودنی در تمامی عوامل بود. همچنین آزمودنی در عامل A، H و O آزمون شخصیت کتل در قطب مثبت جای گرفت. این نتایج دال بر ارتقای روابط میان فردی آزمودنی دارد. شایان ذکر است آزمودنی در فواصل یک‌ماهه، سه‌ماهه، شش‌ماهه، نه‌ماه و دوازده‌ماهه مورد پیگیری قرار گرفت. هیچ‌گونه اثری از عودت نشانه‌های مشکل در روابط میان فردی مشاهده نشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر تنها با بهره‌گیری از دو فن از مجموعه فنون شناختی- رفتاری به‌جای همه فنون موجود در این رویکرد انجام شد. این پژوهش نشان داد که مهارت حل مسئله و مثبت نگری با تأکید بر خانواده به‌تنهایی می‌توانند بر روابط بین فردی نوجوان مورد پژوهش اثربخش باشند. از این رو به نظر می‌رسد با به‌کارگیری تنها دو مهارت از مهارت‌های خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری می‌توان در وقت و هزینه صرفه‌جویی کرد و اثربخش بودن را نیز شاهد بود. همان‌گونه که مشاهده شد آزمودنی مورد مطالعه دارای مشکل در روابط میان فردی اساسی بود که با به‌کارگیری خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری و از طریق جلب مشارکت اعضای خانواده به بهبود روابط خانوادگی، مراجع در روابط میان فردی بهبود یافت.

این نتیجه را می‌توان با استناد به پیشینه نظری و پژوهشی پژوهش حاضر تبیین نمود. از تعریف مثبت نگری: استفاده از تمام ظرفیت‌های ذهنی مثبت، نشاط‌انگیز و امیدوارکننده در زندگی، برای تسلیم نشدن در مقابل عوامل منفی ساخته ذهن و احساسات یأس‌آور برآمده از دشواری ارتباط با انسان‌ها و رویارویی با طبیعت (اسلامی، ۱۳۸۷) و از تعریف حل مسئله: به‌طور کلی، حل مسئله به فرآیند شناختی- رفتاری ابتکاریشخصاً طلاقمیشود کهبوسیله آن، شخص به دنبال تعیین و همچنین کشف راه‌های مؤثر و سازش یافته مقابله‌ای به‌منظور مشکلات روزمره است (دزوریل و سیدی، ۱۹۹۲)، می‌توان نتایج پژوهش حاضر که از ترکیب این دو استفاده کرده است را به‌وضوح تبیین کرد. به دلیل آنکه از طرفی افراد قادر خواهند بود عوامل مثبت و شادی‌آور را جایگزین عوامل منفی ساخته ذهن خود کنند و جلوی احساسات یأس‌آور برآمده

از دشواری ارتباط با دیگران سر تسلیم فرود نیاورند و از طرف دیگر، راه‌حل‌های مؤثر و سازش یافته مقابله‌ای به‌منظور مشکل در روابط میان فردی خود را کشف کنند، روش ترکیبی فنون مثبت نگری و حل مسئله، اثربخشی خود را در پژوهش حاضر نشان داده است.

علاوه بر این، نتایج این پژوهش با یافته‌های خدا یاری فرد و پرند (۱۳۸۵) که با استفاده از روش حل مسئله، خود‌بازبینی، مثبت نگری و تنش‌زدایی، به این نتیجه رسیدند که این روش‌ها تأثیر بسزایی بر بهبود هراس اجتماعی افراد می‌گذارد، هم‌راستا است. همچنین، عاصمی زواره، عسگری، چیت‌ساز، مهرابی و جهانبازی (۱۳۹۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش شناختی- رفتاری بر کاهش حساسیت در روابط متقابل مؤثر بوده است. اژه‌ای، منظری توکلی، حسینی و هاشمی زاده (۱۳۹۱) در پژوهش خود دریافتند که درمان شناختی- رفتاری بر افزایش سازش یافتگی اجتماعی دانش‌آموزان ناسازگار مؤثر است. این نتایج دال بر تقویت نتایج پژوهش حاضر دارد. همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های صیاد، برزگر و بساک نژاد (۱۳۹۰)، مبنی بر تأثیر شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش حساسیت میان فردی و افزایش عمق روابط میان فردی و با پژوهش نداف شرق (۱۳۹۲) هم‌سو است.

پژوهش حاضر نقش خانواده را جهت بهبود روابط میان فردی نوجوانان دختر، بسیار مهم می‌داند. این مهم با گفته سادوک، سادوک و کاپلان (۲۰۰۳) مبنی بر اینکه خانواده، بنیاد اصلی جامعه است و شرط دستیابی به خانواده سالم، برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با دیگران است و با گفته امانی و بابایی گرمخانی (۱۳۹۳) مبنی بر اینکه فضای خانواده به لحاظ کیفیت تعاملات، یکی از عوامل اساسی، مهم و اثرگذار بر روحيات اعضای آن است، هم‌سو است. همچنین با این گفته که خانواده از نظر تربیتی و اجتماعی دارای اهمیت و جایگاه ویژه‌ای است. از آنجایی که نهاد خانواده، مولد نیروی انسانی و معبر سایر نهادهای اجتماعی است، از ارکان اصلی هر جامعه محسوب می‌شود. بهنجاری و نابهنجاری جامعه، در گرو شرایط عمومی خانواده‌هاست. هیچ‌یک از آسیب‌های اجتماعی بدون تأثیر- پذیری از خانواده به وجود نمی‌آید؛ بنابراین، هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند؛ مگر آنکه دارای خانواده‌های سالم باشد (گرس و فرتس، ۲۰۰۱)، هم‌راستا است.

پیشنهاد می‌شود که اثربخشی ترکیبی مثبت نگری و حل مسئله با استفاده از طرح‌های گروهی به همراه گروه گواه و در هم‌سنجی با سایر روش‌های مداخله‌ای مورد پژوهش قرار

گیرد تا تأثیر سایر متغیرها کنترل و تعمیم بهتر نتایج امکان پذیر شود. همچنین به روان‌درمانگران، روان‌شناسان و مشاوران نیز توصیه می‌شود در برنامه‌های خود، تأکید بیشتری بر آموزش مهارت‌های مذکور به خانواده‌ها داشته باشند.

## منابع

اژه‌ای، جواد؛ منظری توکلی، وحید؛ حسینی، سید رحمان و هاشمی زاده، وجیهه السادات. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی، معنی درمانی گروهی و تلفیق آن‌ها بر افزایش سازش یافتگی اجتماعی دانش آموزان ناسازگار. پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۶، ۳۱-۳۸.

اسلامی، عبدالله. (۱۳۸۷). تعریف مثبت اندیشی، نشریه دلتای مثبت، شماره ۱۰، ۱۰ و ۱۱. امانی، احمد و بابایی گرمخانی، محسن. (۱۳۹۳). بررسی رابطه همبستگی خانواده و الگوی انضباطی والدین با بحران هویت و عشق پرشور به جنس مخالف در پسران نوجوان. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴، ۳، ۵۵۰-۵۲۹.

بلیاد، محمدرضا؛ ناهید پور، فرزانه؛ آزادی، شهذخت و یادگاری، هاجر. (۱۳۹۳). نقش خانواده اصلی در تمایز خود و تعارضات زناشویی. روان پرستاری، ۲، ۲، ۸۱-۹۱.

پاشا شریفی، حسن. (۱۳۸۸). نظریه و کاربرد آزمون‌های هوش و شخصیت. تهران: انتشارات سخن. شکر بیگی، علیرضا و یاسمی نژاد، پریرسا. (۱۳۹۱). هم‌سنجی سبک‌های فرزند پروری خانواده، حرمت خود و سلامت عمومی نوجوانان پسر بزهکار و عادی در کرمانشاه. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲، ۲، ۱۹۲-۱۸۷.

خدا یاری فرد، محمد. (۱۳۷۹). کاربرد مثبت نگری در روان‌درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، (۱) ۵، ۲۵-۱.

خدا یاری فرد، محمد و پرند، اکرم. (۱۳۸۳). مطالعه موردی اختلال هراس خاص با روش خانواده‌درمانی شناختی - رفتاری، مجله علوم روان‌شناختی، (۱۱) ۲۳۷-۳، ۲۰۶.

خدا یاری فرد، محمد و پرند، اکرم. (۱۳۸۵). تأثیر خانواده‌درمانی با تأکید بر رویکرد شناختی- رفتاری در درمان هراس اجتماعی (مطالعه موردی)، مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، (۲) و (۱) ۱۴۲-۱۲۳.

خدا یاری فرد، محمد و پرند، اکرم. (۱۳۹۱). ارزیابی و آزمون‌نگری روان‌شناختی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۳۱۷.



خدا یاری فرد، محمد و عابدینی، یاسمین. (۱۳۸۲). *خانواده‌درمانی اختلال وسواس بی‌اختیاری کودکان و نوجوانان با تأکید بر فنون شناختی- رفتاری*، مجله علوم روان‌شناختی، (۶) ۲، ۱۰۱-۱۲۴.

زواره عاصمی، ندا؛ عسگری، کریم؛ چیت‌ساز، احمد؛ مهربابی، حسینعلی و جهانبازی، انیس. (۱۳۹۲). اثربخشی مدیریت شناختی- رفتاری استرس بر کاهش علائم جسمی سازی، وسواس فکری- عملی، حساسیت در روابط میان فردی و نشانه‌های سرگیجه در بیماران زن مبتلا به سرگیجه روان‌تنی. *مجله علمی، پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، (۸۸) ۲۱، ۸۸، ۷۵-۶۳.

سیف، علی‌اکبر. (۱۳۶۶). *طرح‌های پژوهشی تک آزمودنی. تعلیم و تربیت*، ۱۰، ۳۹-۲۰. صیاد، سحر؛ برزگر، یداله و بساک نژاد، سودابه. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن و حساسیت میان فردی در دانش‌آموزان دختر. *تحقیقات علوم رفتاری*، (۵) ۹، ۳۴۹-۳۴۱.

قاسمی، فاطمه. (۱۳۸۳). *بررسی روابط میان فردی مرد وزن در مجموعه‌های ایرانی (۸۲-۸۰)*. پژوهش و سنجش، ۱۱، ۳۸، ۱۴۸-۱۲۹.

کربلایی اسماعیلی، حمیدرضا؛ انواری، قدسی؛ نجورایی، نوشین و خواجه حسین، حمداله. (۱۳۸۵). *بررسی میزان اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در تغییر نگرش نوجوانان دارای معلولیت*. اصفهان: بهزیستی.

کریمی، ابوالفضل. (۱۳۸۹). *آشنایی با آزمون‌سازی و آزمون‌های روانی*. تهران: انتشارات روان‌سنجی. گراث-مارنات، گک. (۱۳۸۴). *راهنمای سنجش روانی برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان*، (ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیک‌خو) تهران: سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳).

گل‌کاری، طاهره؛ کلانتری، مهرداد و عابدی، احمد. (۱۳۹۳). *تأثیر مداخله‌های شناختی- رفتاری بر مشکلات عاطفی- رفتاری دختران نوجوان محروم از پدر*. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۵، ۳(۵۷)، ۲۴-۱۶.

گنجی، حمزه. (۱۳۸۹). *آزمون‌های روانی (مبانی نظری و عملی)*. تهران: انتشارات ساوالان، ۲۳۹. نداف شرق، هدی. (۱۳۹۲). *هم‌سنجی اثربخشی دو شیوه گروه‌درمانی وجودی و گروه‌درمانی شناختی بر کیفیت روابط میان فردی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

Berg, F. L. (1982). *Psychological characteristics related to social problem solving in learning disabled children and their nondisabled peers.*

- Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Michigan. U.S.A.
- Black, D. (1992). Mental health services for children. *British Medical Journal*, 305, 971-972.
- D'Zurill, T. J., & Seedy, C. F. (1992). The relations between social problem solving ability and subsequent Level of academic competence in college students. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 589 – 599.
- Gels, C., & Frets, B. (2001). *Counseling psychology*, Harbor College Publisher.
- Goldstein, M., & Heaven, P. (2000). Perception of the family, delinquency and emotional adjustment among Youths. *Journal of Personality and Individual Differences*, 20, 1169-1178.
- Linely, P.A., & Joseph, S. (2004). *Positive psychology in practice*. New York: John Wiley and Sons.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(1):46-57.
- Nezu, A. M. (1990). Psychotherapy for adults a problem solving farm work: focus on depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4(30).
- Rashid, T. (2008). *Positive Psychotherapy*. In: Lopez, S. j, editor. *Positive psychology: Exploring the best in people*. Westport CT: Greenwood Publishing Company. 70-146.
- Reiff, H. B. (1990). Cognitive correlates of social perception in students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 23, 260-262.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Caplan, M. D. (2003). *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry*, 9 the editions, John Wily and Sons, New York.
- Sanai, B. (2013). Measures Scales of family of marriage. *International Journal of Psychology and Psychiatry*, 1(2), 35-42.
- Sigueland, L., Ryann, M., & Diamond, G. S. (2005). Cognitive behavioral and attachment based family Therapy for anxious adolescents, *Journal of Anxiety disorders*, 119, 361-381.
- Simanowitz, V., & Pearce, P. (2003). *Personality and Development*. UK: Mc Grow- Hill.
- Walker, Z., & Townsend, J. (1998). Promoting adolescent mental health in primary care: A review of the literature. *Journal of Adolescence*, 21, 621-634.

## **The effectiveness of family counseling based on positive thinking and problem solving on interpersonal relationships of female adolescents**

**Yaser Madani, Ph.D.**  
**Gholamreza Sohrabpor, B.A.**

### **Abstract**

The aim of this study was to evaluate the efficacy of family counseling using elements of cognitive-behavioral therapy (positive thinking and problem solving) on female adolescents' interpersonal relationships. The research method utilized in this research was case study. In this study, the participant was a 17 years-old female third-grade high school student who diagnosed with serious problems in interpersonal relationships. For inclusion in the study, DSM-IV criteria were used, along with clinical interview, as well as Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) and Cattle's 16 Personality Factors Questionnaire. Findings indicated the role of family in onset, maintenance, and improvement of interpersonal problems of adolescent girls. In addition, findings showed the effectiveness of combining positive thinking and problem-solving methods in improving interpersonal relationships for the participant. Results indicate that families to be consider as an important element. The results from the present study suggest that providing family counseling based on combined use of positive-thinking and problem-solving (from set of cognitive-behavioral therapy techniques) is a cost- effective intervention to improve interpersonal relationships of adolescent girls.

**Keywords:** *adolescents, girls, interpersonal relationships, positive thinking, problem solving*

**Contact information:** [yaser.madani@ut.ac.ir](mailto:yaser.madani@ut.ac.ir)