

## اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر سه روش درمان متمرکز بر شفقت، هیجان و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه: یک مطالعه راهنما

نرجس نیاستی<sup>۱</sup>، شهره قربان شیرودی<sup>۲\*</sup>، جواد خلعتبری<sup>۲</sup>، طاهر تیزدست<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

\* نویسنده مسئول: شهره قربان شیرودی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Email: sh.ghorbanshiroudi@toniau.ac.ir

تاریخ پذیرش: مرداد ۱۴۰۰

تاریخ دریافت: خرداد ۱۴۰۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** تغییرات روانی، اجتماعی، شناختی و بیولوژیکی در دوره نوجوانی فرصت‌های تحول بی‌شماری را برای نوجوانان فراهم می‌کند تا در رفتارهایی درگیر شود که به طور ضمنی در اتخاذ سبک زندگی همراه با سلامت و یا به خطر انداختن سلامت اهمیت دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر سه روش درمان متمرکز بر شفقت، هیجان و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه انجام شد.

**روش و مواد:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه دوم شهرستان رامسر در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود از بین آنها تعداد ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه پرخاشگری و پرسشنامه تحمل پریشانی به دست آمد. گروه آزمایش طی دوازده جلسه تحت آموزش قرار گرفت اما گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیری و نرم افزار SPSS-22 تحلیل شد.

**یافته‌ها:** در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) تحمل پریشانی از  $(1/3)$   $45/5$  در پیش‌آزمون به  $(1/5)$   $48/8$  در پس‌آزمون افزایش یافت ( $P < 0/001$ ) و در مرحله پیگیری  $(1/7)$   $49/1$  بود که نشان می‌دهد تأثیر مداخله پایدار بود ( $P < 0/001$ ). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) تحمل پریشانی از  $(1/7)$   $44/2$  در پیش‌آزمون به  $(1/1)$   $45/2$  در پس‌آزمون و  $(1/0)$   $45/1$  در پیگیری رسید که تفاوتی نشان نداد.

**نتیجه‌گیری:** مطالعه نشان داد بسته آموزشی مبتنی بر روش‌های درمان متمرکز بر شفقت (CFT)، هیجان (EFT) و مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش میزان تحمل پریشانی نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه مؤثر بود.

**واژگان کلیدی:** درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تحمل پریشانی، پرخاشگری.

## مقدمه

تغییرات روانی، اجتماعی، شناختی و بیولوژیکی در دوره نوجوانی فرصت‌های تحول بی‌شماری را برای نوجوانان فراهم می‌کند تا در رفتارهایی درگیر شود که به طور ضمنی در اتخاذ سبک زندگی همراه با سلامت و یا به خطر انداختن سلامت اهمیت دارد (۱). بسیاری از نوجوانان در مقابله با دشواری‌ها و بحران نوجوانی دست به رفتارهایی می‌زنند که سلامت حال و آینده آنها را مورد تهدید قرار می‌دهد، مصرف مواد، خشونت و رفتارهای جنسی پرخطر عوامل بسیاری از مرگ و میر در سنین نوجوانی را تشکیل می‌دهد (۲). پرخاشگری در دوره نوجوانی شایع می‌باشد. پرخاشگری رفتار فیزیکی یا کلامی آشکاری است که هدف آن صدمه به شخص، شی یا سیستم می‌باشد که باعث اجتناب یا مقابله به مثل آنها شده و زمانی رخ می‌دهد که تعادل بین تکانه و کنترل درونی به هم بخورد. بدین نحو که تضادهای ناشی از روابط بین فردی و اختلالات ارگانیک یا عصبی با افزایش تولید تکانه، عدم ثبات روانی و عدم تأثیر عوامل مهارکننده شیمیایی با کاستن از کنترل درونی این تعادل را به هم زده و موجبات ایجاد پرخاشگری را فراهم می‌کند (۳). مطالعات نشان داده است حدود ۳۰٪ از پسران آمریکایی ۱۲ ساله و ۲۵٪ از پسران ۱۷ ساله در سال گذشته وارد یک دعوی جدی شدند، در مورد دختران، این میزان، تنها حدود یک سوم پایین‌تر بود. حدود ۱۰٪ پسران نوجوان و ۳-۴٪ دختران گزارش دادند که در یک سال گذشته به کسی حمله کرده و قصد صدمه جدی به قربانی را داشته‌اند (۲). حدود ۹٪ نوجوانان آمریکایی قربانی خشونت هستند. شیوع تجمعی ارتکاب یک جرم خشونت آمیز جدی تا سن ۱۷ سالگی ۳۰-۴۰٪ برای پسران و ۱۶-۳۲٪ برای دختران تخمین زده می‌شود (۳). بررسی‌های انجام شده در مطالعات داخلی، هیچ میزان شیوعی از رفتارهای خشونت آمیز در نوجوانان ایرانی گزارش نکرده‌اند.

یکی از ویژگی‌هایی که می‌تواند در افراد پرخاشگر مورد توجه قرار گیرد تحمل‌پریشانی است. تحمل‌پریشانی یک عامل آسیب‌پذیر مهم در ایجاد و تداوم اختلالات روانی است و نقش تحمل‌پریشانی در اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواس، افسردگی، اختلال پس از سانحه و سوءمصرف مواد و رفتارهای پرخطر روشن شده است (۴). از سویی دیگر افراد دارای رفتار پرخاشگرانه معمولاً از خودنظارتی پایین تری نسبت به سایر افراد برخوردارند. خودنظارتی به عنوان مراقبت درونی خود تعریف می‌شود که بر اساس آن وظایف محول شده انجام و رفتارهای ناهنجار و غیرقانونی ترک می‌گردد بدون آنکه نظارت و یا کنترل خارجی در بین بوده باشد (۵). تحمل‌پریشانی یک عامل آسیب‌پذیر مهم در ایجاد و تداوم اختلالات روانی است و نقش تحمل‌پریشانی در اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواس، افسردگی، اختلال پس از سانحه و سوء مصرف مواد و غیره روشن شده است (۶).

با توجه به پیامدهای مخرب پرخاشگری و ویژگی‌های افراد پرخاشگر، می‌توان درمان‌های مناسبی برای کمک به این افراد انتخاب نمود. درمان متمرکز بر شفقت درمانی چندوجهی است که بر پایه طیف وسیعی از درمان‌های شناختی-رفتاری و سایر درمان‌ها و ملاحظات بنا شده است و درمان متمرکز بر شفقت (Compassion Focused Therapy) مفهوم شفقت به خود، نگرش حمایت و مهربانی به خود را جایگزین خود انتقادگری، تحقیر و احساس شرم می‌کند (۷). همچنین در درمان متمرکز بر شفقت افراد از طریق مهارت‌های ذهن آگاهی نقش خود مشفق در دیگر تکنیک‌های شفقت را تمرین می‌کنند (۸). تمام روان‌درمانگران باور دارند که درمان باید به گونه‌ای مشفقانه انجام شود بدین معنا که مملو از احترام و حمایت و به طور کلی همراه با مهربانی باشد (۹). همچنین پرورش شفقت و مهربانی نسبت به خود و دیگران به عنوان راهی برای ارتقاء بهزیستی در طول هزاران سال مورد توجه سنت‌های شرقی بوده است (۱۰).

انجمن روان‌شناسی آمریکا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به عنوان یک درمان تجربی معتبر و برخوردار از حمایت پژوهشی (قوی) معرفی می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان شناختی-رفتاری موج دوم است که علاوه بر راه کارهای تغییر رفتار از راه کارهای پذیرش و ذهن آگاهی نیز برای افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی استفاده می‌کند (۱۱). هدف کلی درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy)، افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی است. انعطاف‌پذیری روان شناختی عبارت است از توانمندی بیشتر برای ارتباط با لحظه اکنون و نیز تغییر در رفتار یا

پافشاری بر آن وقتی که در جهت ارزش های زندگی خود حرکت می کنیم (۱۲). اثربخشی ACT در طیف گسترده ای از وضعیت های بالینی نظیر افسردگی، اختلال وسواس فکری عملی، استرس محیط شغلی، استرس سرطان در مراحل پایانی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، کم اشتها، روانی، اختلال خوردن، مصرف هروئین و حتی اسکیزوفرنی معلوم شده است پنجاه درصد کاهش بیابد (۱۳).

درمان بعدی درمان متمرکز بر هیجان (Emotion Focused Therapy) است که یک درمان کوتاه مدت است و به بیماران در تنظیم عاطفه و تغییر خاطرات هیجانی کمک می کند. هدف، تغییر سازمان دهی خود از طریق استفاده بیشتر از هیجان، تنظیم عاطفه و تغییر خاطره هیجان است (۱۴). درمان متمرکز بر هیجان دارای اصولی است که به بیماران کمک می کند تا بر احساس خجالت و شرمندگی ناسازگارانه خود فائق آیند. EFT به عنوان یک رویکرد ساختاری تجربی در فعالیت های روان درمانی نظریه های روان شناختی معاصر مطرح است (۱۵). این درمان هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی برای اختلال افسردگی و کیفیت زندگی مؤثر است و شامل روش های مبتنی بر فعال کردن هیجان های خاصی است که در یک زمینه ارتباطی همدلانه برقرار می شود. تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر کیفیت زندگی بیانگر این است که درمان متمرکز بر هیجان که بر فرایندهای هیجانی شناختی تأثیر گذار است، موجب تعدیل نشانه های آسیب روانی و بهبود کیفیت زندگی می شود. درمان متمرکز بر هیجان به بیماران کمک می کند تا منابع هیجانی انطباقی جدیدی را کسب کنند و پاسخ های هیجانی سازگارانه ای را برای خود فراهم نمایند (۱۶). پژوهش صدر نفیسی و همکاران نشان داد آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب اجتماعی و روابط بین فردی در زنان دارای اضافه وزن مؤثر بود (۹). همچنین پژوهش Kelson و همکاران حاکی از تأثیر آموزش درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب می باشد (۱۷).

با عنایت به موارد مطروحه و کمبود تحقیقات داخلی و خارجی در این حوزه، و نظر به این که اطلاعات حاصل از مطالعات دقیق علمی در مورد پدیده رفتارهای پرخاشگرانه هنوز کافی نیست، در این تحقیق پژوهشگر بر آن شد با انجام این پژوهش بسته آموزشی شامل روش های درمان متمرکز بر شفقت (CFT)، درمان متمرکز بر هیجان (EFT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در نوجوانان دانش آموز دختر متوسطه دوم شهرستان رامسر که دارای رفتارهای پرخاشگرانه، تدوین نماید. در این پژوهش، تلاش بر آن است تا اطلاعات به دست آمده بتواند جهت فرهنگ سازی برای تقویت جایگاه و ارزش های انسانی نوجوانان دختر ارتقاء موقعیت اجتماعی نوجوانان دختر، ارتقاء سطح بهداشت و حقوق باروری در جامعه، آگاه سازی والدین و همه کسانی که نسبت به ابعاد مختلف خشونت و تأثیرات منفی آن بر وضعیت فعلی و آینده خانواده استفاده از بستر ارائه خدمات بهداشتی و آموزشی جهت درک و کاهش خشونت در نوجوان و سرانجام گسترش فرهنگ و تسهیلات مشاوره خانواده مورد استفاده قرار گیرد. در این راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر سه روش درمان متمرکز بر شفقت، هیجان و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه انجام شد.

## روش و مواد

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر متوسطه دوم شهرستان رامسر در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ که تعداد آنها ۱۲۰۴ نفر می باشد. نمونه گیری در سه مرحله انجام شده است. ابتدا به روش تصادفی ساده ۳۰۰ نفر از دانش آموزان انتخاب شدند. ملاک انتخاب تعداد افراد نمونه بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، حداقل تعداد نمونه برای دستیابی به توان مورد نظر، ۱۵ نفر در هر گروه جمعاً ۳۰ نفر به دست آمد. در مرحله دوم، ۳۰۰ نفر انتخاب شده، پرسشنامه پرخاشگری را تکمیل کردند که ۱۷۸ نفر یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین (۸۳ نمره) کسب کردند. سپس از بین ۱۷۸ نفر که به عنوان تعداد نمونه اولیه انتخاب شد، پرسشنامه تحمل پریشانی داده شد و افرادی که یک انحراف استاندارد پایین تر از میانگین در مقیاس تحمل پریشانی (نمره ۵۱) کسب کرده اند، غربال شده و ۸۹ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. از بین افراد غربال شده (۸۹ نفر)، ۳۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و گروه گواه، هر گروه ۱۵

نفر قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تمایل به شرکت منظم و متوالی در جلسات، دانش آموز دختر متوسطه بودن، نداشتن مشکلات جسمی و روانی (براساس پرونده پزشکی و تشخیص روانشناس) و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی و شرکت نکردن در کلاس‌های آموزشی و مشاوره بود.

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه مندی می توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. مشارکت در تحقیق با رضایت آگاهانه بود.

**تحمل پریشانی:** مقیاس تحمل پریشانی (DTS) یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط Simons & Gaher در سال ۲۰۰۵ تدوین شد (۱۸). گویه های این مقیاس، تحمل پریشانی را براساس توانمندی های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان های منفی در صدرت وقوع و اقدام های تنظیم کننده برای تحمل پریشانی ارزیابی می کنند. این مقیاس ۱۵ پرسش و چهار خرده مقیاس دارد که عبارتند از: ۱- تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، ۲- جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی)، ۳- ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی)، ۴- تنظیم (تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی). ضرایب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش Simons & Gaher بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ به دست آمد (۱۸). این پرسشنامه در ایران توسط علوی و همکاران در سال ۱۳۹۰ مورد استفاده قرار داده اند و پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ۰/۷۱ و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس ها نشان داد برای خرده مقیاس تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶، و برای خرده مقیاس تنظیم ۰/۵۸ به دست آوردند (۱۹). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۷۶ به دست آمد.

**پرخاشگری:** نسخه جدید پرسشنامه پرخاشگری که نسخه قبلی آن تحت عنوان پرسشنامه خصومت بود توسط Buss & Perry در سال ۱۹۹۲ مورد بازنگری قرار گرفت. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۹ عبارت و چهار زیرمقیاس است که عبارت است از پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت، آزمودنی به هریک از عبارات در یک طیف ۵ درجه ای می باشد (۲۰). پرسشنامه پرخاشگری Buss & Perry دارای اعتبار و روایی قابل قبولی است. نتایج ضریب بازآزمایی برای چهار زیرمقیاس (با فاصله ۹ هفته) ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ و همبستگی بین چهار زیر مقیاس ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ به دست آمده است. جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشانگر همسانی درونی زیرمقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۲ و پرخاشگری کلامی ۰/۸۱ و خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ بود (۲۰). نتایج اعتباریابی در ایران توسط گنجه و همکاران بر روی دانش آموزان شهر بجنورد نشان دادند که ضریب آلفا برای خرده مقیاس های پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۵۸، ۰/۷۶ و ۰/۶۴ و ضریب آلفای کل نمره های پرسشنامه ۰/۷۰ بود (۲۱). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۸۲ به دست آمد.

پروتکل درمانی بسته آموزشی مبتنی بر روش های درمان متمرکز بر شفقت (CFT)، درمان متمرکز بر هیجان (EFT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و تعیین اثربخشی آن بر میزان تحمل پریشانی نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه است.

این جلسات هر کدام به مدت ۱۲۰ دقیقه (هفته ای یک جلسه) برگزار شد و دو هفته پس از پایان جلسه آخر و سه ماه پس از آموزش هر سه پرسشنامه توسط مشارکت کنندگان تکمیل گردید. گروه آزمایش طی دوازده جلسه تحت آموزش قرار گرفت اما گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکرد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری و با نرم افزار آمار SPSS-22 انجام شد.

**جدول شماره ۱- برنامه و محتوای طرح درمانی بسته فرا تشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و زمان اجرای آن**

جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفی و آشنا شدن گروه با هم، آموزش دیاکرام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و الگوی آن، تحلیل وجه همجوشی با هیجانات از طریق آموزش شناسایی هیجان ها، شناسایی ارزش هیجان های مختلف، شناسایی باورهای غلط هیجانی، تکنیک طراحی آزمایش هایی برای آزمودن باورهای غلط هیجانی.
دوم	آموزش تکنیک برچسب زنی هیجان ها و افتراق دادن آن از دیگر هیجان ها، بهنجارسازی هیجان خشم براساس درمان متمرکز بر هیجان، توضیح نقش افکار بر هیجان خشم در میزان تحمل پریشانی و رفتارهای تکانشگرایی بر اساس درمان متمرکز بر هیجان.
سوم	آموزش تکنیک پی بردن به اینکه هیجان ها زود گذر هستند، آموزش تکنیک مشاهده هیجان ها و توصیف آنها، آموزش تکنیک اتخاذ موضعی به دور از قضاوت نسبت به هیجان ها، آموزش درخت ذهن آگاهی با تمرکز بر ریشه توصیف به جای قضاوت (ارائه کاربرد تمرکز بر یک شی، تمرین شناسایی و ثبت قضاوت های منفی، آشنایی با مفهوم ناهمجوشی با افکار و تمرین ناهمجوشی با قضاوت ها)،
چهارم	آموزش تکنیک افتراق گذاردن بین میل شدید به اقدام و اقدامات انجام شده، آموزش تکنیک تجربه کردن هیجان خشم به صورت موج، تکنیک القای هیجان، آموزش تکنیک تنفس دیافراگمی.
پنجم	آموزش افتراق خودمشاهده گر و خود فکری، تمرین خودمشاهده گر، پرورش خودمشفق
ششم	آموزش تمرین تنفس تسکین دهنده مبتنی بر رویکرد شفقت، آموزش فن ناهمجوشی و گسلش با احساسات از طریق رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (تکنیک تیچنر، تکنیک ضبط صوت رو دور تند و آرام و تکنیک شخصیت کارتونی)
هفتم	آموزش تکنیک همجوشی زدایی، تکنیک استفاده از استعاره جهت پرورش خواست و همجوشی زدایی، آموزش تکنیک متوقف ساختن جنگ. آموزش وجه شناسایی ارزش ها و حلقه هدف بر اساس دیاکرام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش تکنیک رنگ آمیزی مشفقانه.
هشتم	آموزش ذهن آموزی دلسوزانه، تکنیک مراقبه مهر و محبت، تکنیک تصور کردن خود مشفق، آشنایی با اعمال متعهدانه از طریق تمرین ویلسون.
نهم	آموزش تکنیک افتراق دادن افکار از احساسات، تکنیک دسته بندی افکار منفی، آموزش تکنیک خریدن زمان.
دهم	آموزش تکنیک نامه نگاری مشفقانه بر اساس درمان متمرکز بر شفقت، آموزش تکنیک برنامه ریزی فعالیت ها و پیش بینی لذت بر اساس وجه شناسایی ارزش ها در دیاکرام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تکنیک مدیریت بر زمان، تکنیک آرامیدگی و تصویر سازی ذهنی مثبت
یازدهم	تکنیک مقابله با تمایلات شدید ناشی از خشم: موج سواری بر تمایلات شدید، آموزش تکنیک شیوه آرامیدگی الکساندر.
دوازدهم	جمع بندی جلسات و مرور و تمرین محتوای جلسات آموزشی.

**یافته ها**

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه آزمایش (۴/۵) ۱۷/۱ و در گروه گواه (۴/۳) ۱۷/۰ سال بود. دو گروه از نظر میانگین سن تفاوت معناداری با هم نداشتند.

**جدول شماره ۲- میانگین (انحراف معیار) نمرات تحمل پریشانی دو گروه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری**

گروه	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	P
تحمل پریشانی	۴۵/۵ (۱/۳)	۴۸/۸ (۱/۵)	۴۹/۱ (۱/۷)	۰/۰۰۱
گواه	۴۴/۲ (۱/۷)	۴۵/۲ (۱/۱)	۴۵/۱ (۱/۰)	۰/۱۶۶

در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) تحمل پریشانی از  $45/5 (1/3)$  در پیش آزمون به  $48/8 (1/5)$  در پس آزمون افزایش یافت ( $P < 0/001$ ) و در مرحله پیگیری  $49/1 (1/7)$  بود که نشان می دهد تأثیر مداخله پایدار بود ( $P < 0/001$ ). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) تحمل پریشانی از  $44/2 (1/7)$  در پیش آزمون به  $45/2 (1/1)$  در پس آزمون و  $45/1$  در پیگیری رسید که تفاوتی نشان نداد.

**جدول شماره ۳- نتایج آزمون لون برای برابری واریانس ها (توزیع نرمال)**

متغیرها	f	df1	df2	P
پس آزمون تحمل پریشانی	۱/۳۲۱	۱	۲۸	۰/۱۰۲

با توجه به نتایج آزمون لونز جدول شماره ۲ و معنادار نبودن متغیر وابسته تحمل پریشانی در پس آزمون برای این متغیر برابری واریانس ها برقرار بوده است و داده ها دارای توزیع نرمال می باشد.

**جدول شماره ۴- مفروضه همگنی شیب های رگرسیون متغیر تحمل پریشانی**

متغیر	ss	df	Ms	F	P	اندازه اثر $\eta^2$
تعامل متغیر مستقل و پیش آزمون تحمل پریشانی	۰/۲۸۶	۱	۰/۲۸۶	۰/۴۴۵	۰/۵۱۱	۰/۰۱۷

نتیجه جدول شماره ۴ نشان می دهد چون مقدار سطح معناداری تعامل بین متغیر مستقل و پیش آزمون تحمل پریشانی، که از سطح آلفای  $0/05$  بزرگ تر است لذا آزمون f محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار نیست. بنابراین با احتمال  $0/95$  می توان بیان کرد که مفروضه همگنی شیب های رگرسیون رعایت شده است. پس از بررسی به عمل آمده چون مفروضه های رابطه خطی، آزمون لونز (توزیع نرمال) و همگنی شیب خط رگرسیون رعایت شده است بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس برای تجزیه و تحلیل نتایج استفاده شده است. بررسی میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در جدول شماره ۴ ارایه شده است.

**جدول شماره ۵- تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری گروه بسته آموزشی مبتنی بر روش های ACT،**

**CFT، EFT و گروه کنترل بر میزان تحمل پریشانی نوجوانان دارای رفتارهای پرخطرانه**

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر $\eta^2$
(تحمل پریشانی)	۱۳۰/۹۵۸	۱	۱۳۰/۹۵۸	۲۰۸/۲۳۸	۰/۰۰۰۵	۰/۸۸۵
خطا	۱۶/۹۸۰	۲۷	۰/۶۲۹			

نتایج جدول شماره ۵ نشان می دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر درمان مبتنی بر روش های ACT، EFT، CFT و بوده اند و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند. حداقل دو گروه در میزان واریانس متغیر تحمل پریشانی با یکدیگر در پس آزمون تفاوت معناداری دارند.

**بحث**

مطالعه نشان داد در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) تحمل پریشانی از  $45/5 (1/3)$  در پیش آزمون به  $48/8 (1/5)$  در پس آزمون افزایش یافت ( $P < 0/001$ ) و در مرحله پیگیری  $49/1 (1/7)$  بود که نشان می دهد تأثیر مداخله پایدار بود. در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) تحمل پریشانی از  $44/2 (1/7)$  در پیش آزمون به  $45/2 (1/1)$  در پس آزمون و  $45/1$  در پیگیری رسید که تفاوتی نشان نداد. این یافته ها نشان می دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر درمان مبتنی بر روش های درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده اند و گروه گواه که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند. حداقل دو گروه در میزان واریانس متغیر تحمل پریشانی با یکدیگر در پیگیری تفاوت معناداری دارند.

یافته های این پژوهش با نتایج پژوهش صدر نفیسی و همکاران مبنی بر اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب اجتماعی و روابط بین فردی در زنان دارای اضافه وزن (۹) و Kelson و همکاران مبنی بر تأثیر آموزش درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب همسو می باشد (۱۷).

تحمل پریشانی توانایی (یا ظرفیت درک شده) فرد برای تحمل احساسات منفی و عواطف دیگر است. بنابراین، تمایل به استفاده از رفتارهای عملکردی مانند پرخاشگری برای فرار از حالت های منفی، نشانه تحمل پریشانی پایین است. تحمل پریشانی در نوجوانان به توانایی ثبات در جهت گیری هدف در هنگام تجربه تنش های روانشناختی است (۲۲). درمان ACT یک درمان رفتاری است که از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روانشناختی استفاده می کند. در واقع ACT افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن ها امکان پذیر است، می باشد (۲۳). در واقع در این درمان به افراد آموزش داده شد که چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کرده، از افکار آزار دهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند (۲۴). همچنین در این درمان افراد یاد می گیرند که احساسات خود را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرآیند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن ها را در راستای فعالیت های هدف محور پیوند دهند (۲۵). آموزش شفقت به خود سبب گسترش مهربانی و درک خویش و پرهیز از انتقاد و قضاوت های ناگوار درباره خود می شود، همچنین با افزایش عزت نفس در فرد باعث می شود نگرش های صمیمانه اش در جهت زندگی هدفمندتر ارتقا پیدا کند. آموزش شفقت به خود سبب تسهیل پذیرش بیشتر بازخوردهای مثبت و توانایی برخورد با بازخورد خنثی می شود، بنابراین خودشفقت ورزی می تواند از راه های مختلف به عنوان راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که در آن تجربه های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی گردد، بلکه تلاش بر این است تا احساسات به صورتی مهربانانه پذیرش شود که در خلال آن احساسات منفی به احساسات مثبت تبدیل شده و فرد راه های جدید برای مقابله پیدا می کند (۲۶). در واقع اصول پایه در CFT به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شود و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که به عوامل بیرونی واکنش نشان می دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می شود (۲۷). افزون بر این، در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن ها را سرکوب نکنند، بنابراین می توانند در گام اول، تجربه خویش را بشناسند و در قبال آن احساس شفقت داشته باشند (۲۸). در رابطه‌ی درمان متمرکز بر هیجان، همدلی، اصالت، پذیرش بی قید و شرط و توجه مثبت به منظور تصدیق هیجان‌های مراجع و ایجاد فضای امن وجود دارد (۲۹). مضامین پایه ای که از این جملات استخراج شد، «پذیرش بی قید و شرط هیجان‌ها» بود. این بدین معناست که فرد هیجان‌ها خود را می‌پذیرد و از آن اجتناب نمی‌کند. دانش آموزان پرخاشگر نیاز دارند که هیجان‌ها خود را بشناسند که این امر از طریق عناصری از ساختار درمان متمرکز بر هیجان میسر می‌گردد.

از آنجایی که مهم ترین مسائل پژوهش های درمانی پیگیری های پس از درمان است لذا می بایست دوام و ثبات نتایج حاصل را بعد از درمان پیگیری نمود در این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی پیگیری حداقل شش ماهه صورت نگرفت. یکی دیگر از محدودیت‌های اساسی این پژوهش مربوط به کمبود یا فقدان منابع علمی قابل دسترس و مشابه در زمینه پژوهش بود. به خصوص اینکه مقالات مشابه بسیار کمی در رابطه با اثربخشی درمان ها بر روی متغیرهای وابسته پژوهش انجام گرفته است. از دیگر محدودیت های پژوهش عدم همکاری و خسته شدن برخی از شرکت کنندگان در طی جلسات درمانی بود. با توجه به اثربخش بودن این درمان تلفیقی بر روی متغیرهای پژوهش پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی دیگر متغیرهای مرتبط با پرخاشگری نیز مورد مطالعه قرار گیرند و اثربخشی درمان حاضر بر آن ها نیز سنجیده شود. از آنجایی که پرخاشگری در پسران نوجوان بیشتر مشاهده می شود، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی این درمان بر روی گروه پسران نیز اجرا شود و نتایج آن پژوهش با پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین پیشنهاد می شود در پژوهش های

آتی این درمان با درمان های دیگر مثل درمان متمرکز بر شفقت، درمان هیجان مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و علی الخصوص درمان مبتنی بر ذهن آگاهی مقایسه شود.

با توجه به اثربخش بودن درمان پیشنهاد می شود خانواده ها، معلمان و کسانی که به هر صورتی با این نوجوانان در ارتباطند از تکنیک های این درمان برای برخورد با این نوجوانان بهره ببرند. یا توجه به اثربخش بودن این درمان بر متغیرهای وابسته پژوهش پیشنهاد می شود این پروتکل درمانی ساخته شده و خلاصه جلسات آن به صورت پکیج در اختیار معلمان و مدیران مدارس قرار گیرد تا بهره لازم را از آن ببرند. تشکیل کارگاه ها و دوره های آموزشی جهت آشنایی والدین و معلمان با این روش درمانی می تواند در کنترل پرخاشگری این نوجوانان بسیار مؤثر باشد.

### نتیجه گیری

مطالعه نشان داد بسته آموزشی مبتنی بر روش های درمان متمرکز بر شفقت (CFT)، درمان متمرکز بر هیجان (EFT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش میزان تحمل پریشانی نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه مؤثر بود.

### تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی شرکت کنندگان که در به ثمر رسیدن این تحقیق، پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می گردد. این مقاله برگرفته از رساله دانشجویی در مقطع دکتری مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می باشد و دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.TON.REC.1398.006 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می باشد.

### تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

## REFERENCES

1. Stavrou PD. Addiction to Video Games: A Case Study on the Effectiveness of Psychodynamic Psychotherapy on a Teenage Addict Struggling with Low Self-Esteem and Aggression Issues. *Psychology*. 2018;9(10):24-36.
2. Winter CR, McKenzie K. Teachers' perceptions of female student aggression at an all-girls school. *Journal of Adolescent Research*. 2017;32(4):509-25.
3. Rasmussen EE, Coyne SM, Martins N, Densley RL. Parental mediation of US youths' exposure to televised relational aggression. *Journal of Children and Media*. 2018;12(2):192-210.
4. Alimohammadi F, Setodeh-asl N, Karami A. Designing a model of quality of life in elderly based on perceived stress and tolerance of distress. *Journal of Health and Care*. 2019;21(1):53-65.
5. Elhai JD, Levine JC, O'Brien KD, Armour C. Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*. 2018;84:477-84.
6. Bartlett BA, Jardin C, Martin C, Tran JK, Buser S, Anestis MD, Vujanovic AA. Post-traumatic stress and suicidality among firefighters: The moderating role of distress tolerance. *Cognitive Therapy and Research*. 2018;42(4):483-96.
7. Mantzios M, Koneva A, Egan H. When 'negativity' becomes obstructive: a novel exploration of the two-factor model of the Self-Compassion Scale and a comparison of self-compassion and self-criticism interventions. *Current Issues in Personality Psychology*. 2020;8(4):289-300.
8. Gilbert J, Stubbs RJ, Gale C, Gilbert P, Dunk L, Thomson L. A qualitative study of the understanding and use of 'compassion focused coping strategies' in people who suffer from serious weight difficulties. *Journal of Compassionate Health Care*. 2014;1(1):1-10.
9. Sadr Nafisi P, Eftekhar Saadi Z, Hafezi F, Heidari A. Investigation of the Effect of Compassion-Focused Therapy on Social Anxiety and Interpersonal Relationships among Women on an Overweight Diet 2019-2020. *Women's Health Bulletin*. 2020;7(4):11-8.
10. Wharton E, Edwards KS, Juhasz K, Walser RD. Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD: Group and individual pilot data using Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2019;14:55-64



11. Kemani MK, Kanstrup M, Jordan A, Caes L, Gauntlett-Gilbert J. Evaluation of an intensive interdisciplinary pain treatment based on acceptance and commitment therapy for adolescents with chronic pain and their parents: A nonrandomized clinical trial. *Journal of pediatric psychology*. 2018;43(9):981-94.
12. Suhron M, Yusuf A, Subarniati R, Amir F, Zainiyah Z. How does forgiveness therapy versus emotion-focused therapy reduce violent behavior schizophrenia post restrain at East Java, Indonesia?. *International Journal of Public Health*. 2020;9(4):314-9.
13. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, Griffin P, Jacobs L, Irwin B. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2018;19(1):1-12.
14. Qiu S, Hannigan B, Keogh D, Timulak L. Learning emotion-focused therapy: certified emotion-focused therapists' perspectives. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2020;19(4):310-30.
15. Forouzanfar A. Distress tolerance: Theory, Mechanism and Relation to Psychopathology. *Rooyesh*. 2017;6(2):239-262. [Full text in Persian]
16. Valgento J, Mueller K, Williams P, Finch A, Denney L. Self-compassion and compassion for others in physical therapy students, faculty and clinical instructors. *stress*. 2019;9(2):239-56.
17. Kelson J, Rollin A, Ridout B, Campbell A. Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: systematic review. *Journal of medical Internet research*. 2019;21(1):12-30.
18. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005;29(2):83-102.
19. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011;13(2):124-35.
20. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Personal Soc Psychol*. 1992; (63):452-9.
21. Ganjeh SA, Dehestani M, Zadeh Mohammadi A. Comparison of effectiveness of problem-solving skills and emotional intelligence training on decreasing aggression in male high school students. *Knowl Res Appl Psychol*. 2013;14(52):38-50.
22. Ashrafi M, Monjezi F. The effectiveness of communication skills training in reducing aggression among female high school students. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 2013;3(1): 81-98.
23. Berkout OV, Tinsley D, Flynn MK. A review of anger, hostility, and aggression from an ACT perspective. *Journal of contextual behavioral science*. 2019;11:34-43.
24. Veenstra L, Bushman BJ, Koole SL. The facts on the furious: a brief review of the psychology of trait anger. *Current Opinion in Psychology*. 2018;19:98-103.
25. Stavrou PD. Addiction to Video Games: A Case Study on the Effectiveness of Psychodynamic Psychotherapy on a Teenage Addict Struggling with Low Self-Esteem and Aggression Issues. *Psychology*. 2018;9(10):2436-49.
26. Rasmussen EE, Coyne SM, Martins N, Densley RL. Parental mediation of US youths' exposure to televised relational aggression. *Journal of Children and Media*. 2018;12(2):192-210.
27. Nkomo P, Naicker N, Mathee A, Galpin J, Richter LM, Norris SA. The association between environmental lead exposure with aggressive behavior, and dimensionality of direct and indirect aggression during mid-adolescence: Birth to Twenty Plus cohort. *Science of the total environment*. 2018;612:472-9.
28. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, Hartery K, Kirschbaum C, Doherty G, Cullen G, Dooley B. Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2019;156(4):935-45.
29. Terry ML, Leary MR, Mehta S. Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self and Identity*. 2013;12(3):278-90.