

اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی (مبتنی بر آموزش مهارت ها) بر پر خاشگری نوجوانان

تاریخ دریافت: ۹۲/۶/۵

تاریخ پذیرش: ۹۳/۹/۲۹

محمد علیجانزاده*، شاهرخ مکوندحسینی**، فرحناز کیان ارثی***

چکیده

مقدمه: با توجه به اینکه پر خاشگری پیامدهای زیانباری برای نوجوان و اطرافیان آنها دارد، این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی (مبتنی بر آموزش مهارت ها) بر پر خاشگری نوجوانان انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی به صورت پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل می باشد. نمونه آماری شامل ۲۴ نوجوان پر خاشگر (با توجه به نمره حاصله از پرسشنامه پر خاشگری باس و پری) بودند که از بین مدارس شبانه روزی انتخاب شدند و پس از موافقت با شرکت در پژوهش، به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابزار این پژوهش، پرسشنامه پر خاشگری باس و پری بوده. معیار ورود به پژوهش، کسب نمره یک انحراف استاندارد بالای میانگین در این مقیاس بود. روش درمانی پژوهش، شامل هشت جلسه درمانی بر اساس دستورالعمل اجرایی میلر و همکاران بود.

یافته ها: با توجه به یافته های پژوهش، رفتار درمانی دیالکتیک باعث کاهش پر خاشگری نوجوانان گردید. در بررسی ابعاد پر خاشگری شامل رفتاری (فیزیکی و کلامی)، شناختی و هیجانی بر اساس آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، آثار بین آزمودنی های فقط بعد هیجانی پر خاشگری به سطح معنا داری آماری رسید.

نتیجه گیری: رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی مبتنی بر آموزش مهارت ها، از طریق اثر گذاری بر بعد هیجانی پر خاشگری باعث بهبودی پر خاشگری نوجوانان می گردد. با وجود این، رفتار درمانی دیالکتیک گروهی طی یک دوره درمانی ۸ جلسه ای برای کاهش ابعاد رفتاری و شناختی پر خاشگری نوجوانان کافی نیست. این امر لزوم یک مداخله جامع تر برای کاهش دو بعد دیگر را یادآور می سازد.

واژه های کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیکی، آموزش مهارت ها، پر خاشگری، نوجوانان

m.alijanzadeh@yahoo.com

shmakvand@yahoo.com

kianersi.f@gmail.com

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

** دانشیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

*** استادیار، گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

پرخاشگری^۱ کودکان و نوجوانان از دیر باز توجه عملی و نظری زیادی را به خود جلب کرده است. دلیل این توجه روشن است؛ رفتارهای پرخاشگرانه به طور برابر برای هر دو فرد متجاوز و قربانی با ناسازگاری همراه است [۱].

رفتارهای پرخاشگرانه از شکل‌ها و جلوه‌های متفاوتی برخوردار است و همچنین از یک سو تحت تأثیر عوامل موقعیتی و روانشناختی است و از سوی دیگر عوامل ژنتیک، قومیت، وراثت و فرهنگ در ایجاد و گسترش آن نقش اساسی برعهده دارند [۲]. مشکل دیگر در ارزیابی این سازه از وجود طبقه‌بندی‌های مختلف ناشی می‌شود؛ زیرا رفتارهای پرخاشگرانه نه تنها از نظر شدت^۲، بلکه از نظر علل زیربنایی و انگیزه‌ها نیز با هم متفاوت هستند [۳]. از این رو ارائه تعریفی دقیق و عینی از پرخاشگری دشوار است. یکی از تعریف‌هایی که از نظر تاریخی به طور گسترده‌ای مورد پذیرش قرار گرفته است، تعریف باس^۳ (۱۹۶۱) است که اظهار می‌دارد "پرخاشگری پاسخی است که موجب آثار آسیب‌زا در دیگر ارگانیزم‌ها شود" [۴]. برخی دیگر وضوح بیشتری به تعریف داده‌اند و مفاهیمی همچون نیت مرتکب شونده خشونت و انگیزه قربانی برای پرهیز از آن را اضافه کرده‌اند [۵].

آنچه که باعث توجه پژوهشگران به پرخاشگری شده، پیامدهای این گونه رفتارها برای نوجوانان است؛ پیامدهایی مانند کاهش کفایت اجتماعی [۶]، ایجاد تصور منفی در میان همسالان و آموزگاران، طرد از سوی همسالان، افت تحصیلی، مصرف مواد و بزهکاری می‌باشد [۷]. نوجوانان پرخاشگر معمولاً توان مهار رفتار خود را ندارند و معیارها و ارزش‌های جامعه‌ای را که در آن زندگی می‌کنند، به راحتی زیر پا می‌گذارند. در بیشتر موارد والدین و اولیاء مدرسه با آنها درگیری پیدا می‌کنند [۸].

با توجه به پیامدهای ذکر شده، اتخاذ رویکرد درمانی مناسب جهت پیشگیری از این مشکلات از اهمیت زیادی برخوردار است. از بین رویکردهای مختلف مدیریت خشم، در دو دهه گذشته رویکرد شناختی-رفتاری مورد استقبال بیشتری قرار گرفته است [۹]. رویکرد شناختی-رفتاری بر نقش مهم

تفکر و تفسیر تجارب، که تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر عواطف، اعمال و کارکرد شناختی کلی افراد دارند، تأکید می‌کند [۱۰]. نکته مهم در این رویکرد، تمرکز بر نقش تفکر، باورها و تفسیر تجارب در رفتارهای پرخاشگرانه است؛ در حالی که به اعتقاد باس و پری^۴ [۱۱] پرخاشگری علاوه بر بعد شناختی و ابزاری، دارای بعد هیجانی نیز می‌باشد. بعد ابزاری یا حرکتی، به شکل پرخاشگری کلامی و فیزیکی نمایان می‌گردد و هدف اصلی آن آسیب رساندن به دیگران است. بعد شناختی که خصوصت^۵ نام دارد، سبب ایجاد احساس غرض ورزی و کینه توزی نسبت به دیگران می‌شود. بعد هیجانی پرخاشگری به صورت خشم بروز می‌کند و شرایط درونی ارگانیزم را برای برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی آماده می‌سازد. از آنجا که در رویکردهای شناختی-رفتاری این بعد مهم پرخاشگری مورد غفلت قرار می‌گیرد، ارزیابی رویکرد درمانی جدیدی که بتواند این بعد را پوشش دهد، از اهمیت زیادی برخوردار است. یکی از رویکردهای جدیدی که هم از اصول درمانهای شناختی-رفتاری بهره می‌برد و هم بر آموزش تنظیم هیجانی تأکید می‌کند، رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی^۶ (DBT) است که توسط لینهان^۷ در سال ۱۹۹۳ برای درمان اختلال شخصیت مرزی مطرح گردید [۱۲]. این رویکرد برای طیف بسیار وسیعی از جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی مورد استفاده قرار گرفته و اثر بخشی آن مورد تأیید قرار گرفته است [۱۳]. شواهد نشان می‌دهد این رویکرد در درمان اختلالات خوردن به ویژه پرخوری^۸ [۱۴]، سوء مصرف مواد [۱۵]، نوجوانان خودکشی‌گرا^۹ [۱۶] و در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثر است [۱۷]. علاوه بر موارد بالا، شماری از گزارش‌های توصیفی نشان می‌دهد که رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند برای نوجوانان موفقیت‌آمیز باشد [۱۸].

در زمینه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری در یک جمعیت غیر بالینی، مطالعه‌ای در داخل و خارج از کشور مشاهده نگردید، اما در بیشتر مطالعاتی که در جمعیت

4- Perry

5- hostility

6- dialectical behavioral therapy

7- Linehan

8- bulimia

9- suicidal

1- aggression

2- intense

3- Buss

فرایند پژوهش خارج شدند. از این رو با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، ابتدا یک مدرسه از میان ۵ دبیرستان و هنرستان شبانه‌روزی شهرستان به صورت تصادفی انتخاب و سپس پرسشنامه پرخاشگری باس و پری توسط کلیه دانش‌آموزان آن تکمیل شد. با توجه به ملاک‌های ورود، تعداد ۲۴ دانش‌آموز به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. میانگین سنی در گروه آزمایش ۱۶/۰۸ سال با انحراف معیار ۰/۷۹ و میانگین سنی در گروه کنترل ۱۵/۹۱ سال با انحراف معیار ۰/۷۹ بود.

ابزار

۱- پرسشنامه پرخاشگری: باس و پری در سال ۱۹۹۲ پرسش‌نامه‌ی ارزیابی پرخاشگری را با ۵۲ پرسش در زمینه پرخاشگری، بر روی سه گروه از دانشجویان و با سه هدف اجرا کردند. مطالعه اول بر روی ۴۰۸ آزمودنی به روش مؤلفه‌های اصلی، پرسشنامه را مورد تحلیل عاملی قرار دادند و در پایان چهار عامل پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت را مشخص کردند. در مطالعه دوم این عوامل به روش تأییدی^۳ مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج مرحله اول تأیید شد. در مرحله سوم نیز برای پایایی، عوامل موجود در پرسشنامه به روش بازآزمایی و روش اکتشافی (مؤلفه‌های اصلی) تحلیل شد که یافته‌های این تحلیل نیز یافته‌های دو مرحله قبل را تأیید نمود. باس و پری پس از انجام مراحل فوق، ۲۹ پرسش از ۵۲ پرسش مرحله اول را برای ارزیابی چهار عامل پرخاشگری فیزیکی^۴، کلامی^۵، خشم^۶ و خصومت انتخاب کردند. در بررسی پایایی فرم نهایی (۲۹ ماده‌ای) برای عوامل پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت، به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ گزارش گردید [۱۱]. در مطالعه‌ای دیگر در کشور اسپانیا، لئون^۷ و همکاران [۲۶] به بررسی روایی و پایایی پرسشنامه پرخاشگری (فرم ۲۹ ماده‌ای) پرداختند. در مطالعه اول، پایایی، روایی سازه و روایی همگرایی در یک گروه ۳۸۴ زن و مرد دانشجوی مورد ارزیابی قرار گرفت. پایایی درونی برای کل، ۰/۸۲ و عوامل پرخاشگری کلامی ۰/۵۷، فیزیکی ۰/۶۳، خشم ۰/۷۷ و

های مختلف از جمله اختلال شخصیت مرزی^۱ [۲۱، ۲۰، ۱۹]، بزرگسالان مبتلا به اختلالات شخصیت [۲۲]، نوجوانان خودکشی‌گرا [۲۳] و اختلالات رفتار ایذایی^۲ [۱۸، ۲۴]، صورت گرفته است، کاهش خشم و پرخاشگری یکی از شاخص‌های اصلی بهبودی در این مطالعات بوده است که نشان‌دهنده مؤثر بودن رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری است. البته در خصوص کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی، تفاوت‌هایی مشاهده شده است؛ به عنوان مثال مظاهری و همکاران [۲۵] که به اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر اختلال شخصیت مرزی پرداخته بودند؛ در بیشتر علائم مرزی به جز تکانشگری، احساس خشم و عقاید پارانوییدی کاهش قابل ملاحظه‌ای به دست آوردند. با توجه به منطق مطرح شده در بالا مبنی بر محدودیتهای ارزیابی بعد هیجانی پرخاشگری و اهمیت پیشگیری از پیامد‌های ناگوار رفتارهای پرخاشگرانه، مانند افت تحصیلی، اخراج از مدرسه، طرد از سوی همسالان و اولیای مدرسه، مصرف مواد و بزهکاری و همچنین بررسی کارایی روش‌های جدید درمانی و گسترش حوزه‌ی مداخلات موجود، هدف اصلی مطالعه حاضر، پاسخ به این پرسش کلی است که آیا رفتار درمانی دیالکتیکی بر پرخاشگری و ابعاد آن در نوجوانان پرخاشگر تأثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل می‌باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان مقیم خوابگاه‌های شبانه‌روزی مدارس متوسطه شهرستان رشتخوار بودند. شرایط ورود به مطالعه در مورد آزمودنی‌ها، شامل کسب نمرات یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین در آزمون پرخاشگری باس و پری و اعلام رضایتمندی و امکان شرکت در جلسات درمان در زمان اجرای پژوهش بود و ملاک خروج عبارت بود از ابتلا به اختلالات روانشناختی شدید و مصرف داروهای روانپزشکی. چنین مواردی با مراجعه به پرونده روانشناختی دانش‌آموزان و انجام مصاحبه تشخیصی مورد شناسایی قرار گرفته و از

3- confirmatory
4- physical aggression
5- verbal aggression
6- anger
7- Leon

1- borderline personality disorder
2- disruptive behavior disorder

است. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت از ۱ (کاملاً خلاف خصوصیات من) تا ۵ (کاملاً گویای خصوصیات من است) می‌باشد. نمره سؤالات ۲۴ و ۲۹ معکوس است. نمره کل از مجموع سؤالات به دست می‌آید؛ و دامنه آن از ۲۹ تا ۱۴۹ متغیر است. نمرات بالا، نشان دهنده پرخاشگری بیشتر است

روند اجرای پژوهش: در مرحله اول، از میان مدارس شبانه روزی شهرستان، یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس در مرحله غربالگری، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری توسط کلیه دانش آموزان مدرسه تکمیل شد و تعداد ۲۴ نفر از کسانی که نمرات یک انحراف کردند معیار بالاتر از میانگین کسب کردند و برای شرکت در پژوهش داوطلب بودند، به عنوان نمونه شناسایی شدند که به صورت انتصاب تصادفی، ۱۲ نفر در گروه آزمایشی و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

خصوصیت ۰/۶۷ گزارش گردید. نتایج تحلیل عاملی شبیه ساختار مقیاس اصلی گزارش شده است. روایی این پرسشنامه از طریق مقایسه با سایر مقیاس‌های مشابه ارزیابی شد؛ که نتایج از روایی بالا بخصوص در جنبه‌هایی از خشم، مانند صفت خشم و بروز خشم حکایت داشت.

سامانی [۲۷] این پرسشنامه را از جهت روایی و پایایی به طور کامل مورد بررسی قرار داد؛ او در یک بررسی مقطعی، ۴۲۹ دانشجوی ۱۸ تا ۲۲ ساله (۲۴۸ پسر و ۲۴۴ دختر) را به کمک پرسشنامه پرخاشگری باس و پری ارزیابی کرد. به کمک تحلیل عاملی، چهار عامل رفتاری خشم، پرخاشگری، بدنی و کلامی، رنجیدگی و بدگمانی از آن استخراج شد. ضریب پایایی این پرسشنامه به شیوه بازآزمایی، برابر ۰/۷۸ به دست آمد. همچنین همبستگی بالای عوامل با نمره کل پرسشنامه، همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر و مقادیر ضریب آنها همگی نشان‌دهنده کفایت و کارایی این پرسشنامه برای کاربرد پژوهشگران و متخصصان در ایران

جدول (۱) خلاصه محتوای جلسات مداخله

مهارت	جلسات	محتوای هر جلسه
مقدمه و آموزش هشباری فراگیر	اول	در جلسه اول، پس از آشنایی با اهداف و قوانین، اعضای گروه در بخش مهارت‌های هشباری فراگیر ^۱ ، با سه حالت ذهنی منطقی ^۲ ، هیجانی ^۳ و خردگرا ^۴ آشنا می‌شوند. به اعضای گروه توضیح داده می‌شود که منظور از حالات ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگراست.
	دوم	در این جلسه علاوه بر تمرین حالات ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های "چه چیز ^۵ " و مهارت‌های "چگونه ^۶ " هشباری فراگیر، شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های "چگونه" شامل اتخاذ موضع غیرقضوتی، خود ذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن اختصاص یافت.
	سوم	مهارت‌های "چه چیز" و "چگونه" به طور عملی در گروه تمرین شد. چون این تمرین‌ها هسته مرکزی DBT محسوب می‌شود، بنابراین در ابتدا آموزش داده می‌شود.
آموزش تنظیم هیجانی	چهارم	در این جلسه علاوه بر مرور تمرین‌های جلسات قبل، به آموزش بخشی از مهارت‌های تنظیم هیجانی ^۷ شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن پرداخته شد.
	پنجم	در این جلسه بخش دیگری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل الگوی شناسایی هیجان‌ها و برچسب زدن به آنها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجان‌ها می‌گردد، آموزش داده شد.
	ششم	در این جلسه ضمن مرور مهارت‌های قبلی، به آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها، حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی پرداخته شد.
آموزش تحمل پریشانی	هفتم	در این جلسه به آموزش بخشی از مؤلفه تحمل پریشانی، یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل (۱) مهارت‌های یرت کردن حواس و (۲) خودآرام سازی با حواس پنج‌گانه پرداخته شد.
	هشتم	در جلسه آخر، ضمن مرور آموزش‌های قبلی، مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجه شدن با ناکامی یا احساس خشم از راهبردهای بقا در بحران به صورت عملی در گروه تمرین شد؛ همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان مدنظر قرار گرفت.

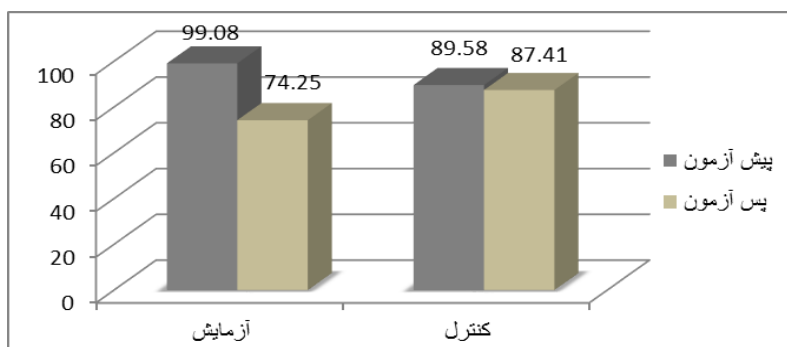
- 1- core mindfulness
- 2- reasonable mind
- 3- emotional mind
- 4- wise mind
- 5- what skills
- 6- how skills
- 7- emotion regulation skills

خلاصه محتوای جلسات مداخله در جدول ۱ آورده شده است.

یافته ها

شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات پرخاشگری نوجوانان به همراه ابعاد پرخاشگری به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در جدول (۲) ارائه شده است.

گروه آزمایش، طی چهار هفته (دو جلسه در هفته) به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی را دریافت کردند. گروه کنترل در هنگام اجرای پژوهش، هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکردند و در پایان کار، جهت بهره‌مندی از مزایای درمان، جلسات به طور کامل برای این گروه نیز اجرا گردید. هر جلسه درمانی در برگیرنده‌ی معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرین‌های داخل جلسه و همچنین تمرین‌های خارج از جلسه می‌بود.



شکل ۱) نمودار ستونی میانگین پیش آزمون-پس آزمون پرخاشگری در دو گروه

نرمال بودن: برای بررسی توزیع نمرات در متغیرهای وابسته از آزمون کولموگروف اسمیرنف استفاده شد. نتیجه این آزمون نشان داد که در تمامی متغیرهای وابسته توزیع نمرات نرمال است.

همسانی ماتریس‌های کوواریانس: برای بررسی این فرض از آزمون ام. باکس^۳ استفاده می‌شود. آزمون ذکر شده این فرض صفر را مورد بررسی قرار می‌دهد که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف برابرند. نتیجه این آزمون نشان می‌دهد که معناداری مقدار $F(4/826)$ کوچکتر از $(0/05)$ است.

بنابراین این پیش فرض مورد تایید نمی‌باشد. برای رفع مشکل عدم برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده مؤلفه‌های پرخاشگری در بین افراد گروه‌های آزمایش و کنترل از روش تبدیل داده‌ها به لگاریتم استفاده گردید. بعد از تبدیل داده‌ها مجدداً این آزمون انجام شد و نتیجه آن نشان داد که همچنان این فرض مورد تایید نمی‌باشد. توصیه می‌شود در چنین مواقعی در آزمون تحلیل واریانس

همانگونه که در شکل ۱ و جدول ۲ مشاهده می‌شود، نمره کلی پرخاشگری نوجوانان حاضر در گروه آزمایش در پس آزمون $(74/25)$ کمتر از مرحله پیش آزمون $(99/08)$ می‌باشد، اما میانگین این متغیر در دو مرحله پیش آزمون $(89/58)$ و پس آزمون $(87/41)$ گروه کنترل، تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود. این امر در مورد ابعاد پرخاشگری نیز صادق است.

با توجه به طرح پژوهش حاضر (پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل) و نیز به خاطر کنترل اثر پیش آزمون برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. به منظور انجام تحلیل کوواریانس چند متغیری پیش فرض‌های زیر بررسی شدند:

مقادیر پرت: برای بررسی مقادیر پرت به تفکیک گروه از نمودار جعبه‌ای^۲ استفاده شد. نتیجه این نمودار نشان داد که در هیچ یک از دو گروه در متغیرهای وابسته مقدار پرت وجود نداشت.

3- M.Box

1- multivariate analysis of variance

2- boxplot

خطای آماره F در تمام خرده مقیاس‌ها بالاتر از (۰/۰۵) است. با توجه به عدم معناداری F می‌توان گفت که واریانس این متغیرها در بین گروه‌های مختلف با هم برابر است. بنابراین با توجه به نتایج آزمون‌های مختلف استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند بلا مانع است.

چند متغیری به جای لامبدای ویلکز، اثر پیلای گزارش شود [۲۸].

همبستگی میان متغیرهای وابسته: برای بررسی این فرض از آماره کرویت بارتلت استفاده می‌شود. نتیجه این آزمون نشان داد که همبستگی لازم بین متغیرها وجود دارد ($X^2=41/01, P<0/01$).

همسانی واریانسها: برای بررسی این پیش فرض از آزمون لون استفاده شد. با توجه به نتایج به دست آمده سطح

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون - پس آزمون پرخاشگری و مؤلفه‌های آن در دو گروه

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	مؤلفه‌های پرخاشگری
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۷/۰۸	۲۰/۹۱	۳/۵۳	۲۹/۵۰	آزمایش	پرخاشگری فیزیکی
۳/۸۲	۲۷/۵۸	۲/۳۹	۲۸/۵۰	کنترل	
۲/۵۴	۱۲/۵۰	۲/۷۰	۱۷/۶۶	آزمایش	خشم
۳/۱۳	۱۷	۳/۰۵	۱۵/۰۸	کنترل	
۴/۵۷	۱۸/۷۵	۴/۶۲	۲۳/۰۸	آزمایش	پرخاشگری کلامی
۵/۰۶	۱۹/۳۳	۲/۵۲	۲۲	کنترل	
۵/۶۴	۲۲/۰۸	۲/۹۱	۲۸/۸۳	آزمایش	خصوصیت
۱/۷۸	۲۳/۵۰	۴/۳۴	۲۴	کنترل	
۱۷/۹۹	۷۴/۲۵	۷/۲۰	۹۹/۰۸	آزمایش	کل
۱/۷۸	۸۷/۴۱	۲/۹۶	۸۹/۵۸	کنترل	

جدول ۳) تحلیل کوواریانس چند متغیری

اثر	نام آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
گروه	اثر پیلای	۰/۴۷۶	۳/۴۰۵	۴	۱۵	۰/۰۳۶

جدول ۴) آثار بین آزمودنی‌ها در ابعاد پرخاشگری

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری
گروه	خشم	۰/۰۳۴	۱	۰/۰۳۴	۴/۸۸۰	۰/۰۴۰
	پرخاشگری فیزیکی	۰/۰۰۷	۱	۰/۰۰۷	۰/۹۸۷	۰/۳۳۴
	پرخاشگری کلامی	۰/۰۱۷	۱	۰/۰۱۷	۲/۴۲۹	۰/۱۳۷
	خصوصیت	۰/۰۰۰	۱	۰/۰۰۰	۰/۰۹۵	۰/۷۶۲
خطا	خشم	۰/۱۲۴	۱۸	۰/۰۰۷		
	پرخاشگری فیزیکی	۰/۱۳۷	۱۸	۰/۰۰۸		
	پرخاشگری کلامی	۰/۱۲۵	۱۸	۰/۰۰۷		
	خصوصیت	۰/۰۶۳	۱۸	۰/۰۰۳		

نمرات خرده مقیاس‌های پرخاشگری در بین افراد گروه آزمایش و کنترل متفاوت است. در جدول ۴ مهم‌ترین نتیجه

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مقدار F در آزمون اثر پیلای ($p<0/05$) معنادار است؛ یعنی بردار میانگین

بود. پژوهش های مشابه دیگری نیز از اثر بخش بودن رفتار درمانی دیالکتیکی بر خشم و پرخاشگری افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حمایت می کنند [۲۰، ۲۱]. از آنجا که در اکثر این پژوهش ها، راهنمای درمانی دیالکتیکی به طور کامل اجرا شده است و همچنین تفاوت زیادی بین جمعیت های مورد مطالعه در این پژوهش ها وجود دارد، از مطرح کردن آنها صرف نظر می شود و در ادامه پژوهش های مرتبط با نوجوانان و با تمرکز بر بخشی از راهنمای درمانی (آموزش مهارت ها) مورد بحث قرار می گیرد.

نئوسیا^۳ و همکاران [۳۰] معتقدند استفاده کامل از مهارت های رفتار درمانی دیالکتیکی باعث کاهش افسردگی، اقدام به خودکشی و افزایش کنترل خشم و پرخاشگری می شود. در مطالعه ی آنها که به بررسی چندین کارآزمایی تصادفی کنترل شده^۴ (RCT) پرداخته شد، برای اولین بار حمایت روشنی از افزایش استفاده از مهارت ها به عنوان مکانیسمی برای تغییر رفتارهای خودکشی، افسردگی و کنترل خشم به دست آمد؛ بنابراین یافته های پژوهش حاضر که بر آموزش مهارت ها استوار است، با این یافته ها مبنی بر اثر بخشی آموزش مهارت ها در کنترل خشم و پرخاشگری همسو است.

در مطالعه مشابه دیگری، گرای^۵ و همکاران [۱۸] و مارکو^۶ و همکاران [۱۲]، اثر بخشی آموزش مهارت های رفتار درمانی دیالکتیکی را بر نشانه های نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی^۷ مقابله جویانه^۷ مورد بررسی قرار دادند؛ اگر چه مطالعه حاضر با مطالعه گرای و همکاران کمی متفاوت است، اما بر اساس ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۸، بین اختلال نافرمانی مقابله جویانه و پرخاشگری رابطه تنگاتنگی وجود دارد؛ چرا که یکی از مهمترین ویژگی های این نوجوانان، پرخاشگری است. یافته های پژوهش گرای و همکاران نشان داد که آموزش مهارت های رفتار درمانی دیالکتیکی نه تنها نشانه های کلی این نوجوانان را کاهش داد بلکه رفتار های مثبت این

آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری یعنی آثار بین آزمودنی ها در ابعاد پرخاشگری ارائه شده است. با توجه به مقادیر F به دست آمده و سطوح معنی داری ذکر شده در جدول ۴، مشاهده می شود که پس از هشت جلسه رفتار درمانی دیالکتیکی، دو گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس های پرخاشگری به جز خرده مقیاس خشم، تفاوت معنی داری ($p > 0.05$) با یکدیگر ندارند.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر شیوه رفتار درمانی دیالکتیکی (مبتنی بر آموزش مهارت ها) و بر کاهش پرخاشگری نوجوانان بود. اگرچه تا کنون پژوهشی به شکل پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی این رویکرد بر پرخاشگری نوجوانان نپرداخته است، با این حال، مطالعات مختلفی اثربخشی آن را بر پرخاشگری در جمعیت های دیگر، به عنوان یک شاخص مهم مورد ارزیابی قرار داده اند؛ لذا یافته های مورد نظر با پژوهشهای مشابه نظیر [۱۵، ۲۰، ۲۱، ۱۷، ۲۲، ۲۳، ۱۸] مقایسه می شود. در این پژوهش ها که در جمعیت های بالینی و غیر بالینی صورت گرفته اند، کاهش خشم و پرخاشگری یکی از شاخص های اصلی بهبودی در این مطالعات بوده است.

در اکثر این پژوهش ها که در زمینه اختلال شخصیت مرزی صورت گرفته اند، کاهش خشم و پرخاشگری یکی از شاخص های بهبودی بوده است؛ زیرا یکی از ویژگیهای اصلی اختلال شخصیت مرزی، بد تنظیمی هیجانی [۲۹] است و از آنجا که خشم و پرخاشگری یکی از هیجان های اصلی مشکل ساز در این افراد می باشد، بهبودی در تنظیم این هیجان می تواند باعث بهبودی عملکرد این بیماران گردد. پژوهش های انجام شده در این زمینه نیز گویای این امر است به طوری که لینهان، هیرد^۱ و آرمسترونگ^۲ [۱۹] در پژوهش خود که عملکرد رفتار درمانی دیالکتیکی را بر روی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار دادند، دریافتند که علاوه بر بهبود رفتارهای خودکشی-گرا، روزهای بستری در بخش روانپزشکی و سازگاری اجتماعی، خشم و پرخاشگری نیز کاهش یافته بود. این بهبودی پس از یک دوره پیگیری شش ماهه نیز حفظ شده

3- Neacsiu

4- randomized controlled trials

5- Gray

6- Marko

7- oppositional defiant disorder

8- Diagnostic and statistical manual of mental disorder

1- Heard

2- Armstrong

به‌نجار می‌تواند تعامل بین فردی مؤثر، تصمیم‌گیری و رفتارهای سازگارانه را موجب شود. داشتن توانایی تنظیم هیجان‌ها، اثری بسیار قوی در توانایی خود-تنظیمی^۵ افراد دارد. خود تنظیمی به همه فرایندهای روانی که افراد باید به منظور کارکرد انطباقی انجام دهند، اشاره دارد. این فرایندهای روانی عبارتند از: استرس، خلق و خو، افکار، توجه و تکانه‌هایی مانند گرسنگی، خشم، برانگیختگی جنسی و هر هیجان تأثیرگذار بر این تکانه‌هاست [۳۴،۳۵]: بنابراین تنظیم هیجانی از طریق افزایش خود تنظیمی بر کنترل خشم و پرخاشگری تأثیر می‌گذارد. یکی دیگر از ویژگی‌های مهم توانا بودن در تنظیم هیجانی، آگاهی هیجانی است که در مهارت‌های تنظیم هیجانی نیز به آن پرداخته می‌شود. آگاه بودن از هیجان‌ها به افراد در مدیریت کنترل اختیاری اعمال کمک می‌کند و بنابراین ممکن است رفتارهای انطباقی را بهبود ببخشد [۳۶،۳۷].

به‌طور کلی یافته‌های بررسی حاضر گویای آن است که به‌کارگیری روش رفتار درمانی دیالکتیکی از طریق بهبود تنظیم هیجانی نوجوانان، می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری و بویژه پرخاشگری آنها مؤثر باشد. اگر چه یافته‌های این پژوهش در خصوص ابعاد رفتاری و شناختی پرخاشگری از نظر آماری معنی‌دار نبود؛ اما از شواهد (کاهش میانگین‌های گروه آزمایش) چنین بر می‌آید که این شیوه مداخله در این ابعاد بی‌تأثیر نبوده و در صورت افزایش جلسات، احتمالاً به سطح معنی‌داری خواهند رسید. یافته‌های این بررسی با توجه به حجم نمونه و تعداد جلسات درمان، بسیار امیدوارکننده بوده است؛ بنابراین یافته‌های این بررسی را می‌توان برای بهبود مشکلات تنظیم هیجانی نوجوانان پرخاشگر به کار گرفت.

به دلیل در نظر نگرفتن متغیر جنسیت و متفاوت بودن جامعه آماری (نوجوانان مدارس شبانه‌روزی) و کمی تعداد نمونه آماری (به دلیل عدم موافقت کامل نوجوانان شناسایی شده برای شرکت در جلسات)، تعمیم یافته‌ها به کل جمعیت باید با احتیاط صورت گیرد، لذا توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی این محدودیت‌ها در نظر گرفته شود؛ همچنین توصیه می‌گردد دست‌اندرکاران آموزش و پرورش و مراکز درمانی این شیوه درمانی را برای بهبود مشکلات تنظیم

نوجوانان را نیز بهبود بخشید. بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های گرای و همکاران مبنی بر اثر بخشی آموزش مهارت‌ها بر رفتارهای بیرونی‌کردن، مانند پرخاشگری همسو است.

اکثر پژوهش‌های منتشر شده فقط به بررسی پرخاشگری کلی پرداخته‌اند و ابعاد پرخاشگری را کمتر مورد توجه قرار داده‌اند. در ارتباط با زیر مقیاس‌های پرخاشگری وودبری^۱ و پوپنو^۲ [۲۳] در مطالعه‌ای که بر روی نوجوانان خودکشی‌گرا و خانواده‌هایشان انجام دادند، دریافتند که نوجوانان پس از دریافت رفتار درمانی دیالکتیک، کاهش کلی در نشانه‌های افسردگی، علائم تجزیه‌ای، خشم و تمایل به خود آسیب‌رسانی را گزارش دادند. اگرچه مطالعه وودبری و پوپنو از نظر جمعیت مورد مطالعه با پژوهش حاضر کاملاً متفاوت است؛ اما کاهش میزان خشم این نوجوانان پس از درمان، با یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر معنی‌دار شدن بعد خشم همسو می‌باشد.

درباره علت اینکه چرا تنها بعد خشم از نظر آماری معنی‌دار شده است می‌توان این‌گونه تبیین کرد که آموزش مؤلفه تنظیم هیجانی توانسته به‌طور مستقیم بر این بعد پرخاشگری تأثیر ویژه‌ای بگذارد؛ زیرا در این مؤلفه بر شناسایی هیجان‌ها، برجسب‌زنی، آگاهی هیجانی و شیوه‌های کنترل هیجانات تأکید می‌شود [۳۱]. از آنجا که بعد خشم در پرخاشگری از نظر باس وپری [۱۱] یک بعد هیجانی و عاطفی است که به صورت خشم بروز می‌کند و عوامل و شرایط درونی ارگانیزم را برای برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی آماده می‌کند، بنابراین می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که آموزش تنظیم هیجانی توانسته به‌طور مستقیم خشم نوجوانان پرخاشگر را کاهش دهد. این یافته با پژوهش وینمن^۳ [۳۲] و مک‌کنا^۴ [۳۳] مبنی بر اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبودی تنظیم هیجانی نوجوانان همسو می‌باشد.

در زمینه مکانیسم احتمالی اثرگذاری تنظیم هیجانی بر پرخاشگری، می‌توان این‌گونه مفهوم‌سازی کرد که توانایی تنظیم و درک هیجان‌ها، به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر رشد

- 1- Woodberry
- 2- Popenoe
- 3- Wineman
- 4- Mckenna

5- self-regulation

therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug alcohol depen.* 2002;(67):13-29.

16- Rathus JH, Miller AL. Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life-Threat.* 2002;32(2):146-57.

17- Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiat.* 2003;11(1): 43-35.

18- Gray NO, Susan P, Keane RM, Hurst JT, Mitchell JB, Warburton JT, Chok AR. A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behav Res Ther.* 2006;(44):1811-20.

19- Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives Gen Psychiat.* 1993;(50): 971-4.

20- Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, Bishop GK, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther.* 2001;(32):371-90.

21- Fatehizadeh M, Shafiabadi A, Eatemadi A, Delavar A. The effectiveness of dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral therapy in reducing symptoms of borderline personality disorder in female patients of Isfahan. *J Psychol Stud.* 2006;2(3-4):7-24. [Persian].

22- Bliesner AE. mindfulness and distress tolerance: A Review of the Literature [MSCP Dissertation]. Pacific University; 2010. p. 5-34.

23- Woodberry A, Popenoe J. Implementing Dialectical Behavior Therapy With Adolescents and Their Families in a Community Outpatient Clinic. *Cog Behav Pract.* 2008;(15):277-86.

24- Turnipseed GR. A treatment manual using dialectical behavior therapy with impoverished conduct disorder adolescents [Dissertation]. Rockies, USA: University of the Rockies; 2010. p. 53-89.

25- Mazahery M, Borjali A, Ahadi H, Golshani F. The Effectiveness of dialectical behavior therapy on borderline personality disorder. *J psycho Res.* 2011; 2(5):1-25. [Persian].

26- Leon AG, Reyes GA, Vila J, Perez N, Robles H, Ramos MM. The aggression questionnaire: A validation study in student samples. *Spanish J Psychol.* 2002;(5):53-45.

27- Samani S. Evaluation reliability and validity Buss and Perry Aggression Questionnaire. *J Psychiat Clin Psychol.* 2007;(13):365-59.

28- Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 5th ed. New York: Allyn & Bacon; 2007.

29- Miller A, Rathus J, linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford Perss; 2007. 34-315.

هیجانی نوجوانان پرخاشگر به عنوان بخشی از درمان مورد استفاده قرار دهند.

منابع

1- Card NA, Stuchy BD, Sawalana GM, Little TD. Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: A Meta-Analytic Review of Gender Differences, Intercorrelations, and Relations to Maladjustment. *Child Dev.* 2008;(79):1185-229.

2- Ahmed R. Aggression adolescent tribal students as a function of gender and stage of development. *Life Earth Sci.* 2011;(6):59-63.

3- Borum R, Verhaagen D. Assessing and managing violence risk in juveniles. Mohammadi A. (persian translator). Tehran: Arjmand ;2011. p. 11-25. [Persian].

4- Gallarin ME. (2011) An Integrative View of Aggressiveness in Adolescence [Dissertation]. University of the Basque Country, Spain. 2011. p. 11-52.

5- Anderson CA, Bushman BJ. Human aggression. *Annu Rev Psychol.* 2002;(53):27-51.

6- Beelman A, Loesel F. Child social skill training in developmental crime prevention effects on antisocial behavior and social competence. *Piscothemea.* 2006;(18):603-10.

7- Lochman JE, Wayland kk. Aggression social acceptance And race as Predictors of negative adolescent outcomes. *J Am Academy child Adolesc psychiatr.* 1994;(91):1026-35.

8- Sadghi A, Ahmadi SA, Abedi MR. The Effectiveness group therapy controlling anger manner rational-emotional on rejection aggression. *J Psychol.* 2002;(6)1:56-32. [Persian].

9- Shakibayi F. Group therapy management anger with aproch cognitive-behavioral in adolescents. *Behav Sci J.* 2008 (73):45-31. [Persian].

10- Phares EJ, Trull TJ. Clinical psychology: Concepts, methods, and profession, 6th ed. Firozbakht M. (persian translator). Tehran: Roshd; 2007. p. 83-92. [Persian].

11- Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Personal Soc Psychol.* 1992; (63):452-9.

12- Marco H, Palacios A, Botella C. Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicothema.* 2013; (25):158-63.

13- Pasiieczny N, Connor J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behav Res Ther.* 2011;(49):10-4.

14- Safer DL, Telch CHF, Chen EY. Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia, 2th ed. New York: The Guilford Press; 2009. p. 86-155.

15- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comois KA, Welch SS. Dialectical behavior

- 30- Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2010;(48):832-39.
- 31- Hagen S, Giscombe C, Chang J, Beeber L. Potential benefits of dialectical behavioral therapy for adolescents receiving treatment for borderline personality disorder traits: Implications for psychiatric nurses. *Nurs health.* 2014;2(5):86-99.
- 32- Wineman MA. The efficacy of a dialectical behavior therapy-based journal writing group with inpatient adolescent females: Improving emotion regulation, depressive symptoms and suicidal ideation [Dissertation], Massachusetts, USA: Northeastern University Boston; 2009. p. 45-96.
- 33- McKenna SC. Zen and the art of adolescent regulation school-based dialectical behavior therapy for middle and high school students [Dissertation]. San Francisco, California. Alliant International University; 2011. p. 159-78.
- 34- Trousselard M, Steiler D, Raphel D, Cian C, Duymedjian R, Claverie D, Canini D. Validation of a French version of the Freiburg Mindfulness Inventory- short version: relationships between mindfulness and stress in an adult population. *Bio Psycho Social Med.* 2010;(4):1-11.
- 35- 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. *J Fundam Mental Health.* 2011; 13(2):35-124. [Persian].
- 36- Swales MA, Heard HL. Dialectical behavior therapy. New York: Routledge; 2009. p. 25-86.
- 37- Stedler C, Rohrmann S, Steuber S, Poustka F. Effects of provocation on emotion and aggression: An experimental study with aggressive children. *Swiss J Psychol.* 2006;65(2):117-24.

The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy (Based on Skills Training) on Aggression in Adolescents

Alijanzadeh, M. *M. A., Makvand-Hosseini, Sh. Ph.D., Kianersi, F. Ph.D.

Abstract

Introduction: As aggression has destructive consequences on aggressive adolescents and their relatives, this study aimed to investigate the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on aggression reduction in adolescents.

Method: The design was Quasi-experimental with pretest-posttest groups. The statistical sample included 24 aggressive adolescents who were selected from the boarding schools, using their scores in Aggression Scale Buss and Perry (AG) and then, were randomly divided between two control and experimental groups. The instrument applied in this research was a 29-items questionnaire, which assesses dimensions and total aggression. The criteria for being included in the study were an aggression score, one standard deviation above the average score in adolescents and also the participation of adolescents in training sessions. The therapeutic method was an 8-session therapeutic program, according to Miller manual.

Results: According to the research findings, dialectical behavior therapy reduced global aggression in adolescents. The behavioral, cognitive and emotional dimensions of adolescents' aggression were studied based on MANCOVA test; the only significant component was emotional dimension.

Conclusion: Group Dialectical Behavior Therapy reduces adolescents' aggression by affecting the emotional dimension. However, DBT isn't sufficient for decreasing behavioral and cognitive dimensions of aggression in 8-session period. It needs a comprehensive intervention for decreasing the other two dimensions. This issue notices planning and implementation of comprehensive interventions for aggressive adolescents.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Group Skills Training, Aggression, Adolescents

*Correspondence E-mail:
m.alijanzadeh@yahoo.com