

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر آرام‌سازی حالت بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر تحت پوشش سازمان بهزیستی امیر هاشمی^۱، یاسر رضاپور میرصالح^{۲*}، فاطمه بهجتی اردکانی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۲/۱۰

تاریخ وصول: ۹۹/۰۹/۲۷

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر آرام‌سازی حالت بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر تحت پوشش سازمان بهزیستی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش ۳۸ نوجوان پسر ۱۲ تا ۱۸ ساله تحت پوشش مجتمع فرهنگی-تربیتی آشیانه رحمت الهی در منطقه ۱۱ اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۴ نفر از نوجوانان که نمره بالا در پرسشنامه پرخاشگری کسب کرده بودند، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط هر دو گروه تکمیل شد. برنامه درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت آپشه و دی‌مئو (۲۰۱۲) در ۹ جلسه هفتگی ۷۵ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت در کاهش نمره کلی پرخاشگری ($F=23/23$ ، $P=0/001$) و خرده مقیاس‌های آن شامل پرخاشگری فیزیکی ($F=5/98$ ، $P=0/005$)، پرخاشگری کلامی ($F=3/75$ ، $P=0/043$)، خشم ($F=8/45$ ، $P=0/002$) و خصومت ($F=9/97$)، $P=0/001$) تأثیر داشته و این تأثیر تا مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. از آنجاکه درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت مهارت‌هایی شامل تنفس ذهن آگاهانه، گسلش هیجانی، گسلش شناختی، پذیرش و متعادل کردن باور به سمت باورهای جایگزین کاربردی را به نوجوانان پرخاشگر آموزش می‌دهد، می‌تواند در کاهش پرخاشگری و ابعاد آن مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: پرخاشگری، درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت، نوجوانان پسر.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه اردکان

y.rezapour@ardakan.ac.ir

۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه اردکان (نویسنده مسئول*)

۳. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه اردکان

مقدمه

از میان بسیاری از رفتارهای خودکنترلی که فرد بایستی در طول زندگی بیاموزد شاید هیچ‌یک به اندازهٔ پرخاشگری اهمیت نداشته باشد، زیرا عدم توانایی در کنترل پرخاشگری باعث تحمیل هزینه‌های بسیاری بر فرد در موقعیت‌های مختلف زندگی می‌شود (محمدی، ۱۳۹۴). پرخاشگری^۱ مفهوم پیچیده‌ای است که از یک سو تحت تأثیر عوامل موقعیتی و روان‌شناختی و از سوی دیگر تحت تأثیر عوامل ژنتیکی هست (استریت، مک کورمیک، اوستین، اسلوپن، هابر و مولنار، ۲۰۱۶). عمل پرخاشگری از نظر روان‌شناسان اجتماعی رفتار آگاهانه‌ای است که هدفش اعمال درد و رنج جسمانی یا روانی است (ژای، چن، لی، زینگ و ژانگ، ۲۰۱۶). پرخاشگری رفتاری چندبعدی و شامل چندین نوع است. به این ترتیب بر اساس روش آسیب و هدف مورد نظر می‌تواند مستقیم یا غیرمستقیم باشد. پرخاشگری مستقیم، مستلزم صدمهٔ مستقیم به فرد دیگری است و می‌تواند شامل رفتارهای پرخاشگرانه فیزیکی و کلامی مانند مشت زدن یا تهدید باشد. در مقابل، فرد در پرخاشگری غیرمستقیم با آسیب رساندن به روابط اجتماعی به شخص دیگری آسیب می‌رساند و برای مثال می‌تواند شامل شایعه پراکنی باشد. علاوه بر این دو نوع از پرخاشگری، دو رفتار پرخاشگرانه پیشگیرانه و واکنشی نیز وجود دارد. رفتار پرخاشگرانه پیشگیرانه، غیرقابل پیش‌بینی، هدفمند و عمدی است و استفاده از آن برای به دست آوردن سلطه بر دیگران است. در مقابل، پرخاشگری واکنشی در پاسخ به یک تحریک و یا تهدید در نظر گرفته می‌شود و اغلب با خشم همراه است (پاگ، ۲۰۱۲). آسیب زدن به خود و دیگران، رفتارهای پرخطر و حتی مرگ غیرمنتظره می‌تواند از تأثیرات مخرب پرخاشگری باشد (خوبانی، زاده محمدی و جراره، ۱۳۹۲).

نوجوانی را می‌توان دوره‌ای از تغییرات اجتماعی، روان‌شناختی، رفتاری و فیزیکی هم‌زمان دانست که می‌تواند پرخاشگری را در افراد ایجاد و یا تقویت کند. دوران نوجوانی در روند رشد و تحول انسانی، بسیار حساس و مسئله‌آفرین است که افراد در حال گذار از کودکی به بزرگسالی را در موقعیتی بحرانی قرار می‌دهد. در طول این دوره، دختران و پسران تغییرات فیزیکی و روان‌شناختی زیادی را تجربه می‌کنند. این تغییرات به همراه زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی نوجوانان منجر به بروز یکسری از مشکل‌های

۱. Aggression

اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری می‌شود (مونتگومری و همکاران، ۲۰۱۱). یکی از مهم‌ترین موضوعاتی که والدین و مربیان مدارس با آن مواجه هستند، پرخاشگری نوجوانان در خانه و مدرسه است. هرچند که کمی تنش، استرس و عصبانیت در دوران بلوغ طبیعی است اما از آنجایی که مقدار بیشتر خشم و عصبانیت می‌تواند منجر به خشونت شود، تهدیدی بالقوه برای سلامت عمومی محسوب می‌شود. طبق مطالعات انجام شده تقریباً یک چهارم نوجوانان سطح بالایی از پرخاشگری را از خود نشان می‌دهند (آوسی و همکاران، ۲۰۱۶). نوجوانان پرخاشگر معمولاً قدرت کنترل رفتار خود را ندارند و آداب و رسوم و اخلاق اجتماعی را زیر پا می‌گذارند (میرزاجانی، ۱۳۹۳).

در این راستا روش‌های درمانی مختلفی در جهت حل این مشکل انجام شده است ولی تاکنون از درمانی جامع که بتواند چندین روش درمانی را شامل شود، استفاده نشده است. روش درمانی آرام‌سازی حالت^۱ (MDT) یک روش درمانی بدیع است که انواع روش‌های درمانی پذیرش و تعهد^۲، رفتاردرمانی دیالکتیک^۳، روان‌درمانی کاربردی تحلیلی^۴ و شناختی-رفتاری^۵ را در خود جای داده است (آپشه، باس و دی‌مئو، ۲۰۱۰). شروع درمان MDT به سال ۱۹۹۰ برمی‌گردد. در آن زمان آپشه متوجه احساس ناامیدی درمانگران درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT) و آموزش مهارت‌های اجتماعی (SST) در نوجوانان پسر با جرائم جنسی شد. این نوجوانان دارای اختلالات شخصیت و باورهای مربوط به آن بودند و رفتارهای مخرب و دیگر مشکلات روانی را از خود نشان می‌دادند. نقش درمان CBT و SST روی این جمعیت‌ها ضعیف بود، از این رو انگیزه‌ای قوی در ایجاد و توسعه MDT به وجود آمد. در طی یک دهه بعد، MDT تبدیل به یک روش درمانی با شواهد محکم و کارآمد در درمان اختلالات هیجانی و رفتاری نوجوانان بین سنین ۱۴ تا ۱۸ سال گردید (آپشه و دی‌مئو، ۲۰۱۲، ترجمه ربانی، ۱۳۹۷). درمان آرام‌سازی حالت، یک فرم پیشرفته‌تر درمان شناختی-رفتاری بر اساس نظریه‌ی حالت بک است که نسبت به درمان سنتی شناختی-رفتاری و درمان مهارت‌های اجتماعی در کاهش پرخاشگری فیزیکی و جنسی عملکرد بهتری داشته است (آپشه، باس و دی‌مئو، ۲۰۱۰).

۱. Mode deactivation therapy
۲. Acceptance & commitment therapy
۳. Dialectical behavior therapy
۴. Functional analytic psychotherapy
۵. Cognitive behavior therapy

درمان نوجوانان در هر محیطی که باشند دشوار است اما گاه این دشواری‌ها با مشکلات جدی و پیچیده‌ای که به همراه طوفان‌های مهیب ناشی از توسعه اجتماعی و فردی و تغییرات فاحش هیجانی در نوجوان صورت می‌گیرد، ابعاد گسترده‌ای پیدا می‌کند و چالش با نوجوانان را به سطح بسیار بالاتری می‌رساند. این روش درمانی به‌خوبی توانسته با یکپارچه‌سازی بهترین مداخلات مبتنی بر شواهد کافی، منبعی شگرف و خلاقانه‌ای را برای هدف قرار دادن این جمعیت چالش‌آفرین فراهم آورد. فرآیندهای MDT در مداخلات درمانی نوجوانان مبتلا به پرخاشگری‌های جنسی و فیزیکی^۱، رفتارهای اجتنابی^۲ و مخالفت‌جویانه^۳، ایجاد حریق^۴، سوء مصرف مواد^۵ و آسیب زدن به خود کاربرد دارد. یکی از منحصربه‌فردترین نگرش‌های MDT، نقش فعالی است که نوجوان در درمان ایفا می‌کند به‌این ترتیب که فعالانه درگیر ایجاد مفهوم‌سازی در مورد مشکلات خود می‌شود و متوجه می‌شود که باور او تأثیر زیادی بر رفتارش دارد؛ بنابراین نوجوان می‌تواند بین ترس‌ها و چیزهایی که از آن‌ها اجتناب می‌کند، ارتباط کاملی برقرار کند و محرک‌های هوشیار و ناهوشیار رفتارهای خود را شناسایی کند (آپشه و دی مئو، ۲۰۱۲؛ ترجمه ربانی، ۱۳۹۷). تحقیقات نشان داده است که درمان آرام‌سازی حالت (MDT) در کاهش پرخاشگری نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت که در درمان مداوم شرکت کرده‌اند موفق بوده است. همچنین مطالعات دیگر نشان داده است که MDT، پرخاشگری جنسی و پریشانی درونی و بیرونی در نوجوانان و بزرگسالان را کاهش می‌دهد (ویت و استال، ۲۰۱۶). در پژوهشی دیگر با هدف بررسی تأثیر MDT در مقابل درمان شناختی-رفتاری (CBT) در نوجوانانی که مشکل‌های مشترک رفتاری، ویژگی‌های شخصیتی مخالف و سابقه آسیب روانی داشتند، نتایج نشان داد که درمان MDT اثربخشی بالاتری را در کاهش نمرات درونی، بیرونی و کل خشم و پرخاشگری نسبت به درمان شناختی-رفتاری داشته است (آپشه، باس و بکلوند، ۲۰۱۲). استدلالی که درمان شناختی-رفتاری در مورد مفاهیم تحریف شناختی نوجوانان پرخاشگر دارد، اغلب با شکست مواجه می‌شود. درمان شناختی-رفتاری به‌طور معمول باعث واکنش منفی این نوجوانان می‌شود؛ آن‌ها درمانگر را

۱. Physical & sexual aggression

۲. Avoidance behavior

۳. Oppositional behavior

۴. Fire setting

۵. Substance abuse

به عنوان شخص دیگری در نظر می‌گیرند که تلاش می‌کند آن‌ها را از یک سیستم دفاعی که برای محافظت از خودشان ساخته‌اند، دور کند. درمان به روش آرام‌سازی حالت شامل یکسری از آموزش‌ها برای تسهیل تفکر شناختی و سپس اجرای تمرین است که به نوجوان تعلیم می‌دهد تا تفکر، تفسیر اطلاعات و محرک‌های داخلی خود را متعادل سازند. این درمان در مورد نوجوانانی که درگیر پرخاشگری یا رفتارهای بزهکارانه هستند و همچنین مجرم جنسی، قابل اجرا است (آپشه و وارد بایلی^۱، ۲۰۰۳). از آنجا که درمان‌های دارویی به ندرت می‌توانند به تنهایی برای درمان نوجوانان پرخاشگر و مقابله‌جو مفید باشد، روش آرام‌سازی حالت برای درمان پرخاشگری و مقابله‌جویی در نوجوانان یک همراه ضروری در کنار درمان‌های دارویی است. این فرآیند موجب ایجاد اتحاد بین درمانگر و مراجع می‌شود و درمانگران یاد می‌گیرند تا مراجعان خود را به صورت کامل پذیرفته و آن‌ها را برای ایجاد تغییرات مثبت، تقویت کنند. این درمان، نگرش اصلی خود را از درمان‌های شناختی-رفتاری همراه با جهت‌گیری‌های جدید و جذاب اقتباس کرده است (آپشه و دی مئو، ۲۰۱۲؛ ترجمه ربانی، ۱۳۹۷). در نمونه موردنظر که نوجوانان پرخاشگر در بهزیستی بودند، این نوجوانان قادر به کنترل نمودن رفتارهای تکانش‌گری خود نبودند و به صورت مستمر با همسالان و مریدان خود درگیری فیزیکی و کلامی داشتند؛ از این رو بازخورد مناسبی در برابر این رفتارهای ناسازگارانه صورت نمی‌گرفت و به نوعی این رفتارها در آنان تقویت می‌شد. در روش درمانی آرام‌سازی حالت، این رفتارهای ناسازگارانه به همراه باورهای مخرب و پیامدهای آن به خوبی شناسایی شد و به آگاهی خود نوجوانان داده شد؛ بنابراین با ایجاد اعتمادسازی در نوجوانان از نتیجه‌ی درمان، آن‌ها بسیاری از روش‌های لازم در این درمان را فراگرفتند و در موقعیت‌های مشابه به کار بردند و نتیجه‌ی لازم را عیناً مشاهده نمودند.

با توجه به آثار مخرب فردی و اجتماعی که پرخاشگری از خود به جای می‌گذارد، یک روش درمان جامع و بدیع در جهت کنترل این رفتار مورد نیاز است که با توجه به سوابق پژوهشی، MDT پاسخگوی این نیاز است. همچنین لازم به ذکر است که این روش درمانی تاکنون در قالب پژوهش در داخل کشور انجام نشده و از این حیث این پژوهش

۱. Ward Bailey

اولین پژوهش در داخل کشور محسوب می‌شود. این پژوهش با هدف پاسخ به سؤالات زیر اجرا شد:

آیا گروه درمانی مبتنی بر آرام‌سازی حالت در کاهش نمره کل پرخاشگری نوجوانان پسر تحت پوشش سازمان بهزیستی مؤثر است؟

آیا گروه درمانی مبتنی بر آرام‌سازی حالت در کاهش پرخاشگری فیزیکی نوجوانان پسر تحت پوشش سازمان بهزیستی در مرحله پیگیری مؤثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل ۳۸ نفر از پسران نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله تحت پوشش مجتمع فرهنگی- تربیتی آشیانه رحمت الهی در منطقه ۱۱ اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۴ نفر از نوجوانان که نمره‌ی پرخاشگری آنان بالاتر از نقطه برش (۷۸) در پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) بود و دارای ملاک‌های ورود به گروه درمانی بودند، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت از داشتن سابقه درگیری فیزیکی یا کلامی، عدم دریافت هم‌زمان درمان دیگر و داشتن میل و رغبت به شرکت در جلسات بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عدم رعایت نظم و قوانین گروهی بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری: آزمون پرخاشگری (AQ) در سال ۱۹۹۲ توسط باس و پری ساخته شد. این مقیاس ۲۹ سؤال دارد که چهار عامل از جمله پرخاشگری فیزیکی (۹ سؤال)، پرخاشگری کلامی (۵ سؤال)، خشم (۷ سؤال) و خصومت (۸ سؤال) را ارزیابی می‌کند. آزمودنی‌ها به هریک از عبارت‌ها در یک طیف ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً من را توصیف نمی‌کند) تا ۵ (کاملاً من را توصیف می‌کند) پاسخ می‌دهند. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید. نتایج ضریب بازآزمایی برای چهار زیرمقیاس با فاصله ۹ هفته ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ و همبستگی بین چهار زیرمقیاس ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ به دست آمده است. همچنین جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای

کرونباخ استفاده شده است که نتایج نشانگر همسانی درونی زیرمقیاس پرخاشگری فیزیکی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ است (باس و پری، ۱۹۹۲). این پرسشنامه در ایران توسط محمدی (۱۳۸۵) مورد بررسی قرار گرفت که ضریب پایایی به روش بازآزمایی برآورد شده زیرمقیاس‌های پرسشنامه، بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۴ متغیر بوده است؛ در پژوهش حاضر ضریب پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۹ و برای خرده مقیاس پرخاشگری فیزیکی ۰/۹۱، پرخاشگری کلامی ۰/۹۰، خشم ۰/۸۷ و خصومت ۰/۸۹ به دست آمد.

برنامه گروه درمانی مبتنی بر آرام‌سازی حالت: برنامه گروه‌درمانی مبتنی بر آرام‌سازی حالت در ۹ جلسه گروهی ۷۵ دقیقه‌ای بر اساس کتاب خودآموز گام‌به‌گام درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت (آپشه و دی‌مئو، ۲۰۱۲؛ ترجمه ربانی، ۱۳۹۷) هفته‌ای دو بار برای گروه آزمایش به صورت زیر استفاده شد.

جلسه اول. در این جلسه ضمن خوش آمدگویی، به منظور نزدیک‌تر شدن با اعضا سعی شد فضایی گرم و صمیمی مهیا گردد. به اعضا این اطمینان داده شد که تغییر امکان‌پذیر است. قواعد و هنجارهای گروه از قبیل رعایت نظم گروهی و همچنین حضور به موقع در جلسات مطرح شد. اهداف درمان، روشن‌سازی نوجوانان از فرآیند درمان و انتظاراتی که بایستی از این جلسات داشته باشند؛ آموزش مهارت‌ها جهت رسیدن به کنترل هیجانات و رفتارهای مقابله جویانه و همچنین تشویق به یافتن جایگزینی مناسب برای باورهای هسته‌ای مخرب از اهداف تشکیل گروه به حساب می‌آمد که در این جلسه با نوجوانان مطرح گردید. توضیح اجمالی از فلسفه‌ی روش درمان؛ اینکه این درمان با یکپارچه‌سازی چند درمان مختلف برای نوجوانان خشمگین، بی‌اعتماد و متخاصم مفید خواهد بود.

جلسه دوم. از آنجا که در پروتکل این درمان اجرای سنجش‌هایی جهت آمادگی برای درمان و آگاهی نسبت به ترس‌ها و اجتناب‌ها معرفی گردیده، بنابراین در این جلسه ضمن توضیح اهداف برگزاری سنجش‌ها در جلسات آتی، اولین سنجش برگزار گردید. در واقع این سنجش‌ها مقدمه‌ی درمان به حساب می‌آیند و با ایجاد شناخت نوجوان از خود، زمینه را برای پذیرش درمان آماده می‌کنند. همچنین درمانگر با استفاده از اطلاعات به دست آمده از سنجش‌ها، باورهای هسته‌ای نوجوانان را به منظور رسیدن به سرنخ‌های لازم،

استخراج می‌کند. در این جلسه ضمن ارائه آگاهی از اهداف و ماهیت سنجش تیپ‌شناسی، از نوجوانان خواسته شد تا به تمامی سؤال‌ها پاسخ بدهند چرا که اطلاعات حاصل از این پرسشنامه، پیش‌زمینه مورد نیاز برای مشخص کردن نوع سنجش ترس‌ها در آن‌ها است. پرسشنامه تیپ‌شناسی شامل ۱۲ بخش مربوط به اطلاعات هویتی (نام، تاریخ تولد، سن، قومیت، تاریخ پذیرش درمان)، اطلاعات خانوادگی (شامل اینکه نوجوان با والدین پذیرنده، به صورت پرورشگاهی یا با خانواده اصلی خود زندگی می‌کند)، پیشینه سوء‌مصرف مواد، پیشینه پزشکی نوجوان، پیشینه تحصیلی، پیشینه هیجانی (شامل اقدام به خودکشی، قتل، ایده‌پردازی فرار از خانه، اطلاعات مربوط به خواب، اشتها و خلق به‌علاوه هرگونه درمانی که قبل از آن انجام شده)، پیشینه روان‌شناختی (از نوجوان خواسته شد پاسخ‌های فیزیولوژیک خود را در برابر یک واقعه که منجر به خشم او شده را بنویسد)، روابط بین فردی/پیشینه اجتماعی، داده‌های رفتاری (شامل همه اختلالات رفتاری یا رفتارهای مسئله‌ساز نظیر ایجاد حریق، آزار حیوانات و سایر اعمال مجرمانه)، پیشینه سوءاستفاده جنسی و جسمی، دیگر سوابق سوءاستفاده (سوءاستفاده هیجانی مثل مراقبت ضعیف در کودکی، غفلت یا محرومیت عبارت است از عدم تأمین نیازهای مادی و مراقبت از کودک)، توقعات درمانی.

پس از تکمیل این پرسشنامه توسط نوجوانان، با استفاده از مقیاس واکنش‌گری-کنشگری، روش مناسب سنجش ترس برای هر نوجوان مشخص شد.

جلسه سوم. در این جلسه سنجش ترس (ارزیابی‌های ترس شخصی) در قالب چهار پرسشنامه با محتوای متفاوت ارائه شد که بر اساس اطلاعات به دست آمده از سنجش تیپ‌شناسی برای هر نوجوان در نظر گرفته شد. با توجه به اینکه نوجوانان پرخاشگر، هرکدام به‌طور متفاوت پیشینه خود را ابراز نموده‌اند این امکان وجود داشت که فرم سنجش ترس برای هر کدام متفاوت باشد. برای مثال برای آن دسته از نوجوانانی که تمایلی به بیان پیشینه خود نداشتند، از فرم سنجش مشکل برای دیگران استفاده شد. به این ترتیب از نوجوان خواسته شد خود را در جایگاه کسی قرار دهد که می‌خواهد اطلاعاتی را در مورد نوجوان دیگر با پیشینه شبیه خودش بیان کند.

در زیر به معرفی هر پرسشنامه متناسب با پیشینه هر نوجوان پرداخته شده است:

- ۱) اگر پیشینه شدید تروما وجود داشت و نوجوان نیز تمایل به ابراز آن (از طریق پرسشنامه تیپ‌شناسی) داشت، از فرم ارزیابی ترس - نسخه بازبینی شده استفاده شد.
 - ۲) اگر پیشینه تروما و تا اندازه‌ای تمایلات کنشگری در نوجوان وجود داشت ولی علاقه‌ای به ابراز آن نداشت، از فرم ارزیابی ترس - نسخه بازبینی شده دوم استفاده شد.
 - ۳) اگر پیشینه تروما وجود داشت اما نوجوان علاقه‌ای به ابراز ترس‌ها و اضطراب‌های شخصی خود نداشت، از فرم ارزیابی مشکل - نسخه بازبینی شده استفاده شد.
 - ۴) اگر نوجوان تمایل به ابراز موضوعات شخصی نداشت و با تلاش خود را خوب جلوه داد، از فرم ارزیابی مشکل برای دیگران - نسخه بازبینی شده استفاده شد.
- لازم به ذکر است که گرچه هر نوجوان با توجه به اطلاعاتی که در پرسشنامه تیپ‌شناسی ارائه داده، فرم ارزیابی مختص به خود را تکمیل کرد ولی هر چهار فرم ارزیابی ترس، از الگوی یکسانی تبعیت می‌کنند. به‌طور مثال آیتم شماره ۱ هر فرم، موضوع اعتماد به دیگران را می‌سنجد.
- جلسه چهارم. در این جلسه با توجه به اطلاعات به دست آمده از فرم‌های سنجش ترس، به نوجوانان این آگاهی داده شد که بروز خشم، پرخاشگری، آسیب زدن به خود و... در ارتباط با ترس‌های تأثیرگذار در زندگی است. به‌طور دقیق‌تر هر یک از فرم‌های ارزیابی چهارگانه دارای ۶۰ سؤال است که به بررسی پنج زیرگروه ترس می‌پردازد. این زیرگروه‌ها در قالب پنج شاخص: واکنش به محرک‌های درک شده بیرونی (با اختلالات برون‌ریز در ارتباط است)، واکنش به خود مفهوم‌سازی شده (با اختلالات درون‌ریز در ارتباط است)، پاسخ به محیط (ترس‌های خاص که منجر به اجتناب نوجوان از حضور در بعضی مکان‌ها می‌گردد)، پاسخ به محرک‌های جسمی (ترس‌هایی که منجر به اجتناب نوجوان از تماس‌های بدنی یا مجاورت با سایر افراد شود)، پاسخ به سوءاستفاده (ترس‌های خاص ناشی از تروما، مورد غفلت قرار گرفتن، استنباط درد یا درد واقعی) است.
- علاوه بر این با استفاده از این اطلاعات، قبل از برگزاری این جلسه به تهیه بروشورهای مربوط به ترس خاص هر نوجوان پرداخته شده بود و با ارائه‌ی هر بروشور به نوجوان مربوطه، اطلاعات کامل‌تری از ترس خود و ارتباط این ترس با پرخاشگری در اختیارشان قرار گرفت.

جلسه پنجم. در این جلسه به بررسی ارتباط بین محرک‌ها، ترس‌ها، اجتناب‌ها و باورهای هسته‌ای ترکیبی^۱ (TFAB) پرداخته شد. هدف از اجرای این مرحله از درمان، مشخص کردن وجود ارتباط قوی بین اجزا به صورت زنجیره شکل زیر بود:

محرک‌ها ← ترس‌ها ← اجتناب‌ها ← باورهای هسته‌ای ترکیبی

با معرفی این مراحل متوالی به نوجوانان، این شناخت در آنان به وجود آمد که باورها و رفتارهای مشکل‌دارشان تحت تأثیر چه عواملی است.

با توجه به اینکه تا این مرحله از درمان در مورد باورهای هسته‌ای ترکیبی، کمتر بحث شده بود، در این جلسه به تبیین این باورها پرداخته شد. همچنین به نوجوانان فرصت داده شد تا باورهای شخصی اولیه خود را با ادبیات خود بیان کنند. به طور مثال پرخاشگری که به عنوان یک پاسخ ناسازگار به یک باور نامتعادل تلقی می‌شود، با استفاده از اعتبارسنجی، روشن‌سازی، تغییر مسیر^۲ (VCR) با توجه به مجموعه‌ای از تجربیات (اعتبارسنجی)، بازخوردی را در اختیار نوجوانان قرار دادیم که جهان‌بینی آنان معقول است، اما گوشزد کردیم که این تجربیات ممکن است نظر آنان را راجع به جهان کم‌رنگ کرده باشد (روشن‌سازی) و این امکان وجود دارد که رویکردی متعادل و واقع‌بینانه‌تر وجود داشته باشد (تغییر مسیر).

جلسه ششم. در این جلسه مرحله‌ای از درمان تحت عنوان تحلیل موقعیت به کار گرفته شد. هدف از این مرحله نزدیک کردن هرچه بیشتر نوجوانان با موقعیت‌های حساس بود. در این مرحله، محیط بیرون و موقعیت‌های خاص که بروز رفتارهای آسیب‌زا محتمل است، مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین در این مرحله نوجوانان باورهای هسته‌ای ترکیبی مرتبط با این موقعیت‌ها را مورد تأیید قرار دادند، ارتباطی بین باورها و رفتارهای ناسالم خود برقرار نمودند و از آن برای رسیدن به خودتنظیمی رفتاری و هیجانی استفاده کردند.

جلسه هفتم. در این جلسه مفهوم فعال شدن مدها توضیح داده شد. اجرای این مرحله نیازمند رسیدن به درک کاملی از فعال شدن مد بود. فعال شدن مد تحت تأثیر عواملی چون طرح‌واره جهت دهنده، رویداد، رویداد مورد انتظار، فرآیند قبل از هوشیاری (ناهوشیاری)، ادراک‌ها، سیستم فیزیولوژیک، فعال‌سازی، اختصاص معانی، خاطرات و باورها، طرح‌واره

۱. Triggers, Fears, Avoids, Compound core Beliefs.

۲. Validation, Clarification, Redirection

خلقی، طرح‌واره رفتاری، حمله و اجتناب است. در این مرحله از درمان، این عوامل به صورت مجزا به نوجوانان توضیح داده شد.

جلسه هشتم. در این جلسه آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی و پذیرش به‌منظور ایجاد خود‌مدیریتی نوجوانان ارائه گردید. به نوجوانان آموزش داده شد که در هنگام روبرو شدن با موقعیت خاص و ایجاد اضطراب، به صورت ذهنی به عقب برگردند، نفسی عمیق بکشند و به تنفس خود توجه کنند (تنفس ذهن آگاهانه). در قدم بعدی سعی شد احساسات خشم و اضطراب نوجوانان توسط خودشان شناسایی گردد و به صورت شناختی و هیجانی از آن‌ها جدا شود. در واقع به این وسیله نوجوانان افکار خود را از هیجانات منفی خلاص می‌کنند (گسلش هیجانی و شناختی). سپس به نوجوانان اجازه داده شد تا درد و خشم خود را در لحظه پذیرش کنند (پذیرش). در نهایت نوجوانان باورهای کاربردی و سالم را جایگزین باورهای منفی خود کردند.

جلسه نهم. در این جلسه بیشتر به بررسی و مرور جلسات قبل در قالب تمرین پرداخته شد. باورهای جایگزین کارآمد، افکار جایگزین سالم، استراتژی جبرانی جایگزین کارآمد، رفتارهای تقویت‌کننده کارآمد و اعتباربخشی، تصریح و جهت‌دهی مجدد (VCR) به نوجوانان ارائه گردید. پس از آن یک جمع‌بندی کلی از جلسات با همراهی اعضای گروه ارائه شد و در انتها پس‌آزمون اجرا شد.

شیوه اجرا: پس از هماهنگی‌های لازم با اداره بهزیستی استان اصفهان، مجوز اجرای پژوهش در مجتمع فرهنگی - تربیتی آشیانه رحمت الهی کسب شد. پس از نمونه‌گیری، جلسه‌ای با افراد نمونه و مسئولین نگهداری نوجوانان در مجتمع برگزار شد و درباره اهداف و ماهیت پژوهش، اصول اخلاقی پژوهش همچون رازداری در اطلاعات شخصی و نتایج پژوهش و همچنین قواعد جلسات گروه (زمان اجرای جلسات، رعایت نظم گروهی، مدت زمان هر جلسه و تعداد جلسات) توضیحاتی ارائه شد. قبل از اجرای جلسات گروه درمانی، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری توسط دو گروه آزمایش و گواه به عنوان پیش‌آزمون تکمیل گردید. جلسات گروه درمانی در هر هفته ۲ جلسه (روزهای یکشنبه و چهارشنبه) برای گروه آزمایش اجرا شد. پس از اجرای ۹ جلسه گروه درمانی، بار دیگر پرسشنامه توسط دو گروه تکمیل گردید (پس‌آزمون). در نهایت پس از سه ماه، آزمون در مرحله

پیگیری بین دو گروه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار اس. پی. اس. و به روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

نوجوانان شرکت‌کننده گروه آزمایش در این پژوهش دارای میانگین سنی ۱۵/۹۰ و انحراف معیار ۰/۹۴ و نوجوانان گروه گواه دارای میانگین سنی ۱۵/۴۶ و انحراف معیار ۱/۴۵ بودند.

جدول ۱. شاخصه‌های توصیفی پرخاشگری و مؤلفه‌های آن برای گروه کنترل و آزمایش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
نمره کل	آزمایش	۸۸/۰۰	۶/۷۳	۷۰/۷۲	۵/۹۱	۶۸/۰۹	۴/۰۱
پرخاشگری	گواه	۹۲/۱۵	۸/۱۳	۸۸/۷۶	۶/۲۶	۹۰/۷۶	۵/۰۸
پرخاشگری	آزمایش	۲۶/۷۲	۳/۴۹	۲۲/۰۰	۱/۴۱	۲۰/۲۷	۲/۷۲
فیزیکی	گواه	۲۸/۷۶	۳/۲۹	۲۷/۳۸	۲/۵۶	۲۷/۸۴	۳/۳۳
پرخاشگری	آزمایش	۱۲/۲۷	۱/۹۰	۱۰/۰۰	۲/۰۴	۹/۵۴	۰/۶۸
کلامی	گواه	۱۶/۲۳	۲/۸۹	۱۵/۶۹	۲/۰۹	۱۵/۷۶	۲/۲۴
خشتم	آزمایش	۲۳/۸۱	۱/۶۶	۱۹/۰۹	۲/۶۲	۱۸/۴۵	۱/۸۰
	گواه	۲۲/۲۳	۲/۴۸	۲۱/۱۵	۲/۸۵	۲۲/۳۰	۲/۱۳
خصوصیت	آزمایش	۲۵/۱۸	۳/۰۹	۱۹/۶۳	۲/۲۰	۱۹/۸۱	۲/۲۲
	گواه	۲۴/۹۲	۳/۲۲	۲۴/۵۳	۲/۹۰	۲۴/۸۴	۳/۱۰

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره کل پرخاشگری و همچنین مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش به مراتب کمتر از نمرات گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و کرویت موجلی برای متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	شاپیرو ویلک	لوین	کرویت
-------	------	-------------	------	-------

W	χ^2	سطح معناداری	F	سطح معناداری	Z		
۰/۷۷	۵/۳۷	۰/۳۵	۰/۵۶	۰/۶۸	۰/۹۵	آزمایش گواه	نمره کل پرخاشگری
۰/۸۳	۳/۹۲	۰/۸۴	۰/۴۲	۰/۹۷	۰/۹۸	آزمایش گواه	پرخاشگری فیزیکی
۰/۷۳	۶/۳۹*	۰/۲۷	۱/۲۹	۰/۱۷	۰/۹۰	آزمایش گواه	پرخاشگری کلامی
۰/۷۳	۶/۳۷*	۰/۵۶	۰/۳۵	۰/۴۳	۰/۹۳	آزمایش گواه	خشم
۰/۷۸	۵/۰۱	۰/۲۱	۱/۶۵	۰/۰۹	۰/۸۸	آزمایش گواه	خصوصیت

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد آزمون شاپیرو ویلک حاکی از برقراری توزیع طبیعی مقادیر در همه متغیرها است. نتیجه آزمون لوین نیز نشان‌دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در همه متغیرهای پژوهش است. همچنین نتایج آزمون کرویت برای متغیرهای پرخاشگری کلامی و خشم برقرار نیست؛ بنابراین برای این دو متغیر از تصحیح گرین هاوس - گیزر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های تکراری در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

سطح	اندازه اثر معناداری	نسبت F	میانگین مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	اجزاء	منابع تغییرات
	۰/۶۲	۳۶/۶۹**	۸۷۴/۴۳	۲	۱۷۴۸/۸۷	مراحل مداخله	نمره کل
۰/۰۰۱	۰/۵۱	۲۳/۲۳**	۵۵۳/۶۶	۲	۱۱۰۷/۳۲	مراحل × گروه	پرخاشگری
	۰/۷۲	۵۹/۰۲**	۳۹۹۹/۴۰	۱	۳۹۹۹/۴۰	گروه	
	۰/۳۵	۱۱/۹۹**	۹۲/۷۳	۲	۱۸۵/۴۷	مراحل مداخله	پرخاشگری
۰/۰۰۵	۰/۲۱	۵/۹۸**	۴۶/۲۳	۲	۹۲/۴۷	مراحل × گروه	فیزیکی

	۰/۶۷	۴۴/۸۲**	۴۴۶/۸۷	۱	۴۴۶/۸۷	گروه	
	۰/۲۶	۸/۱۰**	۲۲/۸۳	۱/۵۸	۳۶/۱۷	مراحل مداخله	پرخاشگری کلامی
۰/۰۴۳	۰/۱۴	۳/۷۵*	۱۰/۵۶	۱/۵۸	۱۶/۷۳	مراحل × گروه	
	۰/۷۱	۵۵/۵۷**	۵۰۰/۴۷	۱	۵۰۰/۴۷	گروه	
	۰/۳۴	۱۱/۳۵**	۷۷/۵۷	۱/۵۸	۱۲۲/۹۵	مراحل مداخله	خشم
۰/۰۰۲	۰/۲۷	۸/۴۵**	۵۷/۸۰	۱/۵۸	۹۱/۶۱	مراحل × گروه	
	۰/۲۴	۶/۹۵*	۳۷/۲۱	۱	۳۷/۲۱	گروه	
	۰/۳۵	۱۱/۸۷**	۶۴/۵۵	۲	۱۲۹/۱۰	مراحل مداخله	خصومت
۰/۰۰۱	۰/۳۱	۹/۹۷**	۵۴/۲۲	۲	۱۰۸/۴۴	مراحل × گروه	
	۰/۳۸	۱۳/۷۸**	۱۸۵/۷۷	۱	۱۸۵/۷۷	گروه	

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که گروه درمانی مبتنی بر آرام‌سازی حالت بر نمره کل پرخاشگری (P= ۰/۰۰۱) با اندازه اثر ۰/۵۱، پرخاشگری فیزیکی (P= ۰/۰۰۵) با اندازه اثر ۰/۲۱، پرخاشگری کلامی (P= ۰/۰۴۳) با اندازه اثر ۰/۱۴، خشم (P= ۰/۰۰۲) با اندازه اثر ۰/۲۷ و خصومت (P= ۰/۰۰۱) با اندازه اثر ۰/۳۱ مؤثر بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	پیش‌آزمون - پیگیری	پس‌آزمون - پیگیری
تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
نمره کل پرخاشگری	۱۰/۳۲**	۱/۶۷	۱۰/۶۴**
پرخاشگری فیزیکی	۳/۰۵**	۰/۷۰	۳/۶۸**
پرخاشگری کلامی	۱/۴۰*	۰/۵۲	۱/۵۹**
خشم	۲/۹۰**	۰/۴۷	۲/۶۴**
خصومت	۲/۹۶**	۰/۵۱	۲/۷۲**

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

در جدول ۴ نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات کل پرخاشگری، پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است؛ اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و

پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر آرام‌سازی حالت بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر تحت پوشش سازمان بهزیستی انجام شد؛ نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که گروه درمانی آرام‌سازی حالت بر انواع پرخاشگری نوجوانان پسر تأثیر دارد و میانگین نمره گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری یافت و این کاهش در مرحله پیگیری پایدار ماند. نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های پیشین است؛ برای مثال آپشه، باس و دی‌مئو (۲۰۱۰) در یک روش فراتحلیل، MDT را در مقایسه با CBT به عنوان یک روش تجربی پشتیبانی شده برای جمعیت هدف خود در نوجوانان پسر ۱۴ تا ۱۷ ساله پایه‌گذاری کردند؛ این مطالعه بیانگر این است که MDT برای درمان نوجوانان پرخاشگر پسر که از نظر فیزیکی، جنسی و کلامی پرخاشگر به حساب می‌آیند، نسبت به درمان شناختی-رفتاری مؤثرتر است. همچنین اثر MDT در کاهش نمرات پرخاشگری و خشم نوجوانان در پژوهشی که از آن به عنوان نقش واسطه‌ای به کار گرفته شد، تأیید شد (آپشه، باس و بکلوند، ۲۰۱۲). در یک مطالعه موردی بر روی نوجوان پسر ۱۶ ساله با علائم پرخاشگری شدید از جمله آتش‌سوزی و رفتارهای آزاردهنده انجام شد. وی به مدت چهار ماه تحت درمان آرام‌سازی حالت قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد درمان توانسته در کاهش پرخاشگری نوجوان مؤثر واقع شود (آپشه، باس و دی‌مئو، ۲۰۱۰). در پژوهشی دیگر با نتیجه مشابه، آپشه و دی‌مئو (۲۰۱۰) دریافتند که درمان گروهی آرام‌سازی حالت بر کاهش نمرات پرخاشگری فیزیکی و جنسی نوجوانان، مؤثر است.

روش درمانی آرام‌سازی حالت، مداخلات مؤثری را به کار می‌گیرد، چرا که شواهد نشان می‌دهند که ابزارهای ایجاد شده از طریق جلسات MDT باعث کاهش سطح حوادث ناشی از پرخاشگری، رفتارهای جنسی و اختلال در تنظیم هیجانات می‌شوند (آپشه، باس و دی‌مئو، ۲۰۱۰). در تبیین کلی می‌توان به مهارت‌های آموخته شده توسط نوجوان اشاره کرد. این مهارت‌ها شامل تنفس ذهن آگاهانه، گسلش هیجانی، گسلش شناختی، پذیرش و

متعادل کردن باور به سمت باورهای جایگزین کاربردی است؛ بنابراین نوجوان با به کارگیری این مهارت‌ها به خودتنظیمی هیجانی و جسمی می‌رسد. نوجوان یاد می‌گیرد که در مواجهه با یک رویداد بیرونی، به اضطراب در حال افزایش خود توجه کند و به عقب برگردد و نفسی عمیق بکشد و به تنفس خود توجه کند. در مرحله بعد ناحیه مخصوصی از بدن خود که در آن احساس تنش، درد یا افکار منفی دارد را شناسایی کرده و به صورت شناختی و هیجانی از آن‌ها گسلش پیدا کند. به عبارت دیگر نوجوان به خودش اجازه می‌دهد تا احساسات خودش را در لحظه تجربه کرده و با این کار از درد و افکار منفی جدا شود. نوجوان در قدم بعد به سمت پذیرش خود حرکت می‌کند و می‌تواند درد و خشم را در لحظه پذیرش کند. در قدم آخر می‌تواند از باورها و رفتارهای هم‌جوش به منظور ایجاد تعادل در باورها در موقعیت‌های چالش آفرین استفاده نماید (آپشه و دی‌مئو، ۲۰۱۲؛ ترجمه ربانی، ۱۳۹۷).

نوجوان از چیزهایی که می‌ترسد اجتناب می‌کند. اجتناب‌ها مکانیسم‌های مقابله‌ای یا جایگزین‌های ناکارآمد برای ترس‌ها هستند. از نظر آپشه، دی‌مئو و کوهلنبرگ (۲۰۱۲)، فعال شدن الگوی ترس ← اجتناب موجب بالا رفتن تحریک هیجانی و فیزیولوژیکی در نوجوان می‌شود که خود نیز باورهای ناسالم را در او برمی‌انگیزد؛ در نتیجه نوجوان به رفتاری ناکارآمد روی می‌آورد و شروع به درگیری کلامی با همسالانش می‌کند اما با استفاده از MDT، نوجوانان به درمانگر اعتماد می‌کنند؛ این امر می‌تواند با استفاده از مفهوم منحصربه‌فرد "اعتبارسنجی، شفاف‌سازی و تغییر مسیر" (VCR) قابل تأیید باشد. VCR برای فراهم آوردن ابزار و راهنمایی به نوجوانان مورد استفاده قرار می‌گیرد تا اینکه نوجوان بی‌قید و شرط خود را بیابد و تجربه یادگیری خود را تأیید کند (آپشه، ۲۰۱۰). با استفاده از مداخله VCR می‌توان به نوجوان کمک کرد تا باورهای جایگزین کاربردی (FAB) خود را متعادل کند.

استفاده از MDT با جمعیت نوجوان به عنوان یک درمان مثبت تلقی می‌شود، چرا که دکتر آپشه دریافته است که CBT سنتی نسبت به هیجان‌ات نوجوانان بیش‌ازحد قضاوتی عمل می‌کند. از آنجا که نوجوانان با مشکلات پرخاشگری قادر به رد کردن پاسخ‌های خودکار که همراه با تنظیم عاطفی آن‌هاست، نیستند، بنابراین در مرکز متدولوژی MDT ارزیابی و بازسازی باورهای اصلی با استفاده از ساختارهای نظری آرون بک (۱۹۹۶) از

حالت‌ها (آپشه، ۲۰۱۰) صورت می‌گیرد. طبق گفته‌های بک، حالت‌ها از چهار شبکه به هم پیوسته شناختی، عاطفی، انگیزشی و مؤلفه‌های رفتاری ساخته شده‌اند (آپشه، ۲۰۱۰؛ بک، ۱۹۹۶). این در ابتدا به عنوان یک استراتژی پیشگامانه در پاسخ به آسیب و سوءاستفاده ساخته شده است (بک، ۱۹۹۶). در این رویکرد درمانی با همکاری نوجوانان به کشف چگونگی تغییر رفتار ناسازگارانه فعلی خود از نظر غیرقابل قبول بودن اجتماعی پی می‌بریم و پاسخ‌های قابل قبول‌تری در برابر آسیب‌ها و استرس‌ها می‌دهیم (بیلز، بلوسوم و آپشه، ۲۰۱۴). یکی از مکانیزم‌های مؤثر در این درمان، درگیر شدن فعال نوجوان در مفهوم‌سازی مشکلات خود است که به این واسطه متوجه می‌شوند که باورهای مخرب‌شان منجر به بروز رفتارهای پرخاشگرانه می‌شود. همچنین در میان تکمیل مفهوم‌سازی، ترس‌ها و عوامل ایجادکننده اجتناب‌ها برای درمانگر و نوجوان مشخص می‌شود که در ادامه درمانگر با ایجاد ارتباط بین ترس‌ها و باورها که هدایت‌کننده رفتار نوجوان است یک نقشه درمانی را در جهت آرام نمودن ترس‌ها، باورها و رفتارهای نوجوان کسب می‌کند. حال، آگاه کردن نوجوان از ارتباط این سه مؤلفه (ترس، باور و رفتار) تأثیر بسزایی در متعادل نمودن این فرآیند خواهد داشت؛ برای مثال، نوجوان از اعتماد به دیگران می‌ترسد و از نزدیک شدن و صمیمیت با دیگران امتناع می‌کند؛ در نتیجه این باور در او شکل می‌گیرد که همه افراد به او خیانت می‌کنند؛ بنابراین یکی از مکانیزم‌های دفاعی برای حل کردن این مسئله، پرخاشگری به صورت کلامی یا فیزیکی است. برای درک بهتر نوجوانان از این فرآیند، درمانگر یک تحلیل موقعیت در قالب ایفای نقش را برای نوجوانان اجرا می‌کند. لازمه‌ی یادگیری هر مهارتی، تقویت کردن آن مهارت است؛ در این جا هم درمانگر می‌بایست برای مسلط شدن نوجوانان به این مهارت‌ها، آن‌ها را تقویت نماید. بدیهی است که در صورت آرام‌سازی حالت در نوجوان و به تبع آن بروز رفتارهای سازگارانه، نوجوان از سوی درمانگر و اطرافیان خود بازخورد مثبت کسب می‌کند که این امر در جهت تقویت مهارت‌های آموخته شده بسیار حائز اهمیت است.

در نهایت، باتوجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که گروه‌درمانی مبتنی بر آرام‌سازی حالت بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر مؤثر است؛ بنابراین کانون‌های فرهنگی- تربیتی در راستای وظیفه‌ای که در قبال رشد، پرورش و درمان نوجوانان دارند، بایستی گروه‌درمانی مبتنی بر آرام‌سازی حالت را سرلوحه مسائل درمانی خود قرار دهند.

در این راستا، ارائه برنامه‌های آموزشی به روان‌شناسان و مشاوران فعال در این مراکز نیز می‌تواند راهگشا باشد. با این وجود، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با رفع محدودیت‌های این پژوهش، به یافته‌های دقیق‌تری در این رابطه دست یابند. یکی از محدودیت‌های این پژوهش، عدم سنجش باورهای هسته‌ای ترکیبی در طول درمان به دلیل متعدد بودن سنجش‌ها و کافی نبودن تعداد جلسات بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود به منظور آگاهی یافتن بیشتر نوجوانان از باورهای هسته‌ای مخرب خود، این سنجش در پژوهش‌های آتی اجرا گردد. برنامه‌های مربوط به بهزیستی برای نوجوانان بسیار فشرده و وقت‌گیر بود و همین عامل منجر می‌شد تا نوجوانان در جلسات گروه‌درمانی با خستگی شرکت کنند. از آنجا که روش درمانی آرام‌سازی حالت روشی جدید به حساب می‌آید، دسترسی به منابع و پیشنهادی متعدد وجود نداشت.

منابع

- خوبانی، مریم؛ زاده محمدی، علی و جراره، جمشید. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش روان‌نمایشگری بر مهارت‌های ارتباطی و پرخاشگری دختران پرخاشگر. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۴(۲۸)، ۲۷-۴۴.
- آپشه، جک؛ دی مئو، لوسیا. (۱۳۹۷) خودآموز گام‌به‌گام درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت، ترجمه مجتبی ربانی، تهران: انتشارات جنگل، جاودانه.
- محمدی، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش پرخاشگری در نوجوانان پسر بزه‌کار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته مشاوره توان‌بخشی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- محمدی، نورالله. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی شاخص‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه‌ی پرخاشگری باس - پری. مجله علوم اجتماعی و انسانی شیراز، ۴(۴)، ۱۳۱-۱۵۱.
- میرزاجانی، صدرا. (۱۳۹۳). رابطه ساختاری عزت‌نفس و سلامت عمومی با بروز رفتار پرخاشگرانه در دختران فراری. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۲(۳۰)، ۱۰۷-۱۲۷.

- Apsche, J. A. (۲۰۱۰). A literature review and analysis of Mode Deactivation Therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6 (۴): ۲۹۶-۳۴۰.
- Apsche, J. A., Bass, C. K., & Backlund, B. (۲۰۱۲). Mediation analysis of Mode Deactivation Therapy, (MDT). *The Behavior Analyst Today*, 13 (۲): ۲.
- Apsche, J. A., Bass, C. K., & DiMeo, L. (۲۰۱۰). Mode deactivation therapy (MDT) comprehensive meta-analysis. *The Journal of Behavior Analysis of Offender and Victim Treatment and Prevention*, 2 (۳): ۱۷۱.
- Apsche, J. A., Bass, C. K., & DiMeo, L. (۲۰۱۰). Mode deactivation therapy (MDT) comprehensive meta-analysis. *The Journal of Behavior Analysis of Offender and Victim Treatment and Prevention*, 2 (۳): ۱۷۱.
- Apsche, J. A., & DiMeo, L. (۲۰۱۰). Applications of mode deactivation therapy to juvenile sex offenders. In D. Prescott & R. Longo (Eds.), *Current Applications: Strategies for working with sexually aggressive youth and youth with sexual behavior Problems*, pp. ۲۸۰-۳۰۹. Holyoake, MA: Neari Press.
- Apsche, J., DiMeo, L., & Kohlenberg, R. (۲۰۱۲). *Mode Deactivation Therapy for aggression and oppositional behavior in adolescents: An integrative methodology using ACT, DBT, and CBT*. New Harbinger Publications.
- Apsche, J., & Ward Bailey, S. (۲۰۰۳). Mode Deactivation Therapy: A theoretical case analysis (Part I). *The Behavior Analyst Today*, 4 (۳), ۳۴۲-۳۵۳.
- Avci, D., Kilic, M., Tari Selcuk, K., & Uzuncakmak, T. (۲۰۱۶). Levels of aggression among Turkish adolescents and factors leading to aggression. *Issues in mental health nursing*, 37 (۷): ۴۷۶-۴۸۴.
- Bayles, C., Blossom, P., & Apsche, J. (۲۰۱۴). A brief review and update of mode deactivation therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9 (۱): ۴۶-۴۸.
- Beck, A. (۱۹۹۶). Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In P. Salkovaskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. ۱-۲۰). New York, NY: Guilford Press.
- Montgomery, K. L., Thompson, S. J., & Barczvk, A. N. (۲۰۱۱). Individual and relationship factors associated with delinquency among throwaway adolescents. *Children and Youth Services Review*, 33 (۷): ۱۱۲۷-۱۱۳۳.
- Pugh, K. (۲۰۱۲). The reciprocal relation between maternal depressive symptomatology and adolescent's aggression: the role of parenting practices and family functioning. *A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy at Virginia Commonwealth University*, ۳۵۰۷۶۵۷:۱۲۴۸-۱۲۸۹.

- Street, N. W., McCormick, M. C., Austin, S. B., Slopen, N., Habre, R., & Molnar, B. E. (۲۰۱۶). Sleep duration and risk of physical aggression against peers in urban youth. *Sleep health*, 2 (۲): ۱۲۹-۱۳۵.
- White, K., & Stahl, M. (۲۰۱۶). Childhood and adolescence: Perspectives on personality disorders. *International Public Health Journal*, 8 (۴): ۴۴۵.
- Xie, X., Chen, W., Lei, L., Xing, C., & Zhang, Y. (۲۰۱۶). The relationship between personality types and prosocial behavior and aggression in Chinese adolescents. *Personality and Individual Differences*, 95: ۵۶-۶۱.