

Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Internalizing Symptoms among Teen Boy Victims of Bullying

Received: 11 April 2017

Revised: 15 July 2017

Accepted: 5 September 2017

ABSTRACT

Yousef Asmari Bardehzad¹
Farideh Hosseinsabet^{2*}
Dana Mohammadaminzadeh³

¹MSc, Clinical Psychology,
Allameh Tabataba'i
University, Tehran, Iran.

²PhD, Department of Clinical
Psychology, Faculty of
Psychology & Educational
Sciences, Allameh Tabataba'i
University, Tehran, Iran.

³MSc, School counseling,
Allameh Tabataba'i
University, Tehran, Iran.

Aims: Internalizing Symptoms are associated with negative consequences such as reduced performance interpersonal, drug abuse and academic problems. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of emotion-focused therapy on internalizing symptoms among teen boy victims of bullying.

Materials & Methods: This quasi-experimental study with pretest-posttest design with control group was performed in all students of boy's middle schools in Bukan, Iran, in the academic year of 2015-2016. Using cluster sampling, 30 people who scored more in the victims of bullying questionnaire were selected and randomly assigned to two groups of experiment and control (each of 15 people). The Illinois bullying scale and teen self-assessment form were used for data collection. Data analysis was performed using the descriptive statistics and multivariate covariance analysis test in SPSS 23 software.

Findings: The overall index of internalization symptoms in the pretest stage in the experimental and control groups were 23.90 ± 4.60 and 24.40 ± 4.06 , respectively. These values in the posttest were 14.50 ± 4.12 and 24.60 ± 3.40 , respectively ($p=0.0001$). In addition, emotion-focused treatment significantly decreased the subscales of internalization symptoms ($p=0.0001$).

Conclusion: Emotion-focused therapy is effective on internalizing symptoms among teen boy victims of bullying.

***Corresponding Author:**

Farideh Hosseinsabet
Tel: (+98) 2144737510
Email: Hoseinsabet@atu.ac.ir

اثربخشی درمان گروهی هیجان محور بر علائم درونی سازی پسран نوجوان

قربانی قلدري

تاریخ دریافت: ۲۲ فروردین ۱۳۹۶ تاریخ اصلاح: ۲۴ تیر ۱۳۹۶ تاریخ پذیرش: ۱۴ شهریور ۱۳۹۶

اهداف: علائم درونی سازی با پیامدهای منفی مانند کاهش عملکرد بین فردی، سوءصرف مواد و مشکلات تحصیلی مرتبط است. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان گروهی هیجان محور بر علائم درونی سازی پسran نوجوان قربانی قلدri بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه شبیه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل، در کلیه دانش‌آموزان مدارس راهنمایی پسran نه شهرستان بوکان در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۹۵، انجام شد. با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، ۳۰ نفر که در پرسشنامه قربانی قلدri امتیاز بیشتری کسب کردند، انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار داده شدند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس قلدri ایلی‌نویز و فرم خودستجو نوجوان استفاده شد. داده‌ها در قالب نرم‌افزار SPSS 23 با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: شاخص کلی علائم درونی سازی در مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $23/90 \pm 4/6$ و $24/40 \pm 4/0$ بود. این مقادیر در پس‌آزمون به ترتیب $14/50 \pm 4/12$ و $24/60 \pm 3/4$ شد ($p=0/0001$). علاوه بر این، درمان هیجان محور به طور معناداری در کاهش خرده‌مقیاس‌های علائم درونی سازی مؤثر بود ($p=0/0001$).

نتیجه‌گیری: درمان گروهی هیجان محور بر علائم درونی سازی پسran نوجوان قربانی قلدri مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: قلدri، درمان متمرکز بر هیجان، دانش‌آموزان، بیماری افسردگی، اضطراب

چکیده

یوسف اسموی برده‌زرد^۱

فریده حسین ثابت^{۲*}

دانان محمدامین زاده^۳

^۱ MSC. دانش‌آموخته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

^۲ PhD. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

^۳ MSC. دانش‌آموخته مشاوره مدرسه، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

فریده حسین ثابت

تلفن: (+۹۸) ۰۲۱۴۴۷۳۷۵۱۰

پست الکترونیک:

Hoseinsabet@atu.ac.ir

مقدمه

خشونت میان همسالان در مدارس، پدیده‌ای شایع و موضوعی مورد بحث در سراسر جهان است [۱]. یکی از اشکال فراگیر خشونت در مدارس، رفتارهای توأم با پرخاشگری دانش‌آموزان قوی‌تر با دانش‌آموزان ضعیفتر است که قلدri نامیده می‌شود [۲]. شمار زیادی از مطالعات انجام شده در جمیعت‌ها و فرهنگ‌های مختلف، شیوع بالای قلدri و قربانی شدن با این رفتار را گزارش کرده‌اند [۳،

۴]. مطالعه‌ای در ۲۵ کشور غربی نشان داده است که به طور میانگین ۱۱٪ درصد نوجوانان، قربانی قلدri و ۱۰٪ نیز قلدri هستند [۵]. همچنین در مطالعه‌ای بر ۷۰۲۵ دانش‌آموز ابتدایی و راهنمایی در هنگ‌کنگ دیده شده است که ۲۳٪ از دانش‌آموزان راهنمایی و ۱۷٪ از دانش‌آموزان ابتدایی با بروز رفتارهای خشونت‌آمیزی مرتکب قلدri شده‌اند [۶]. در زنجان نیز مطالعه‌ای شیوع قلدri در دانش‌آموزان دبیرستانی را ۲۶/۳٪ بیان کرده است [۷]. مطالعات نشان می‌دهند، کسانی که در سنین نوجوانی قربانی قلدri شده‌اند،

(Emotion Focused Therapy) یا همان درمان هیجان محور (EFT) توسط گرینبرگ و همکاران در سال ۱۹۸۰ به وجود آمد [۲۷، ۲۸]. درمان متمرکز بر هیجان که یک رویکرد ساختارمند و با محدودیت زمانی ۸-۲۰ جلسه افرادی است، به عنوان یک درمان هیجان محوربا فرآیند تجربی شناخته شده است که علاوه بر فرد، برای زوج درمانی و خانواده درمانی نیز کاربرد دارد. این درمان از مؤلفه‌های نظری گشتاتی، درمان فرد مدار راجرز و انسان‌گرایی که بر رابطه تأکید می‌کند و همچنین از نظریه دلستگی، استفاده می‌کند [۲۹]. این رویکرد درمانی بر پایه تحقیقات تجربی برای معالجه افسردگی، فشارها و مشکلات زناشویی، آسیب‌های ناشی از حوادث دردنگ، اختلالات خودن، اختلالات اضطرابی و مشکلات بین‌فردی مورد تأیید است [۳۰]. بر مبنای درمان هیجان محور، عواطف و احساسات باعث انطباق و سازگاری هستند و ناکارآمدی در مدیریت و استفاده صحیح از آنها، باعث ایجاد اختلال و ناهنجاری‌های رفتاری است [۳۱]. از طریق عواطف در الگوهای هیجانی، زنجیره‌های شناختی مرتبط و احساسات جسمانی منسجم می‌شوند [۳۲]. هدف اصلی EFT تجربه واقعی هیجانهاست تا طرح‌واره‌های هیجان را یاد گرفته و به کار بیند [۳۳، ۲۷]. وظیفه درمانگر هیجانات سازگار را یاد گرفته و با تنظیم عواطف فرد، در این درمان، کمک به تنظیم هیجانات، با دستکاری و بازسازی آنها و ساخت هیجانات مطلوب، در یک رابطه مبتنی بر همدلی و اتحاد درمانی شکل گرفته است [۳۴]. بر اساس این درمان، آگاهی از حس‌های بدنی و هیجانات تجربه شده توسط فرد، فهم هیجانی و واکنش‌های جسمانی مرتبط با آنها افزایش می‌یابد که منجر به تنظیم هیجانی و تغییر می‌شود [۳۵]. در مطالعات پژوهشی درمان هیجان محور عموماً، ۱۶ جلسه فردی به طور هفتگی برگزار می‌شود [۳۰]. این روش به صورت گروهی نیز در درمان افراد مضراب و افسرده مؤثر است [۳۵]. علاوه بر این، نتایج گروهی این درمان بر زنان مبتلا به اختلالات خودن، منجر به بهبود علائم و خودکارآمدی و تنظیم هیجانات آنان شده است [۳۶]. کارایی EFT در کاهش خشونت، اضطراب، افسردگی دانشجویان و همچنین اختلالات استرس پس از سانحه، مشخص شده است [۳۷-۳۹].

همان‌طور که بیان شد، قربانیان قدری دارای افسردگی، اضطراب، خودکشی، سوءصرف الكل و مواد به عنوان راهبردهای مقابله‌ای هستند و به دلیل اعتماد به نفس ضعیف، ترک تحصیل در آنها رایج است و بیشتر در معرض قدری قرار می‌گیرند که همه این عوامل زمینه را برای جرم و جنایت بیشتر فراهم می‌نماید. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان هیجان محور بر علائم درونی‌سازی مانند اضطراب، افسردگی و نشانه‌های جسمانی در دانش‌آموzan قربانی بود.

به ناهنجاری‌هایی در سلوک، هیجانات و کاهش ارزش‌گذاری به خود [۸، ۹]، مشکلاتی درسی [۹] و کاهش کیفیت زندگی [۱۰]، دچار شده و در دوران جوانی و بزرگسالی نیز درگیر اختلالات روان‌شناختی می‌شوند [۵]. این اختلالات خود منجر به اختلالاتی دیگر، شبیه مصرف بالای سیگار، الكل و سوءصرف مواد مخدر می‌شود [۱۱، ۱۲].

زمانی که دانش‌آموزی به دلیل آزارها و کارهای اخلالگرانه منفی یک یا چند دانش‌آموز دیگر، چندین مرتبه مورد تهاجم واقع یا مجبور به انجام کارهای ناخواسته‌ای شود، قربانی قدری است [۱۳]. این دانش‌آموzan دچار احساس نامنی، اضطراب، خجالت‌زدگی و عدم جذابیت می‌شوند و با واکنش‌هایی همچون انزوا طلبی و گریه کردن به این احساس‌ها پاسخ می‌دهند که در نهایت به منفعل بودن و پایین بودن عزت‌نفس آنها منجر می‌شود [۱۴].

یکی دیگر از مشکلاتی که همواره باعث کاهش عملکرد تحصیلی و بروز رفتارهای ناسازگارانه در قربانیان می‌شود، بروز علائم درونی‌سازی (افسردگی، اضطراب و شکایات جسمانی) به دنبال مورد قدری واقع شدن است. تحقیقات نشان داده‌اند که از ۷۷٪ از دانش‌آموzan تجربه قربانی شدن را گزارش داده‌اند که از این میان ۱۴٪ از آنها واکنش‌های منفی مانند اضطراب، افسردگی، گوش‌گیری و افت عملکرد تحصیلی را نشان داده‌اند [۱۵، ۱۶]. این افراد مستعد رشد اختلالات اضطرابی در دوران نوجوانی و بزرگسالی هستند [۱۷]. در یک زمینه‌یابی که بر ۹۹ نفر از دانش‌آموzan ۱۰-۱۳ ساله انجام شده است، دانش‌آموzanی که دارای مشکلات درونی‌سازی مانند اضطراب، افسردگی و ازوایلی اجتماعی هستند، آسیب‌پذیری بیشتری برای قربانی شدن دارند [۱۸]. در تأیید این تحقیق نشان داده‌اند، دانش‌آموzanی که مشکلات هیجانی و رفتاری دارند، بیشتر قربانی قدری می‌شوند [۱۹]. از طرف دیگر، خلق افسردگی و افکار خودکشی در میان این قربانیان، بیشتر است [۲۰]. در قربانیانی که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم درگیر قدری هستند، علاوه بر علائم درونی‌سازی اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی، شکایات جسمانی، مشکلات خواب، شب‌ادراری، سردرد، معده درد، خستگی و دیگر علائم بروزی نیز بروز می‌کند [۲۱-۲۴].

کوکینز و کیپرینز با مطالعه ۲۰۶ دانش‌آموز یونانی کلاس ششم ابتدایی نشان داده‌اند که رفتار قدری با پیشرفت تحصیلی، هوش هیجانی، همدلی و خودکارآمدی رابطه منفی دارد [۲۵]. شناسایی و انجام مداخلات اولیه در نوجوانانی که دارای اختلالات روانی هستند، از اهمیت بالایی برخوردار است زیرا این دوران از لحظه شروع و رشد اختلالات روانی، بسیار حساس است [۲۶]. یکی از درمان‌های مؤثر در حالات‌های اضطراب و افسردگی که تاکنون کمتر در ایران مورد توجه قرار گرفته، درمان هیجان محور است.

مواد و روش‌ها

سنجرش قرار می‌دهد، توسط اسپلاغه و هولت [۴۰] ساخته شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای است که برای گزینه‌های "هرگز"، "یک یا ۲ بار"، "۳ یا ۴ بار"، "۵ یا ۶ بار" و "۷ بار یا بیشتر" به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. در این مقیاس هر یُ بعد نمره جداگانه‌ای دارد. نمره بالا در هر زیرمقیاس بیان گر بروز بیشتر همان‌گونه رفتار در آزمودنی است. خرد مقیاس قدری به اذیت و آزار دیگران، اسم‌گذاشتن روی دیگران، انزوای اجتماعی و شایعه‌پراکنی اشاره دارد. خرد مقیاس قربانی بودن رفتارهای افعالی دانش‌آموزان در برابر قدرها را مورد سنجرش قرار می‌دهد. اسپلاغه و هولت به منظور بررسی پایابی این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ هر یک از خرد مقیاس‌های قدری، نزاع و قربانی را به ترتیب $.87$ ، $.79$ و $.70$ بدست آورده‌اند. همچنین به منظور بررسی روایی همگرا از مقیاس پرخاشگری آخونبای استفاده کرده‌اند که ضریب به دست آمده در حد متوسط و مطلوبی بود ($.65$) [۴۰]. شوحا و آتا نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس و خرد مقیاس‌های آن را به ترتیب $.89$ ، $.82$ و $.73$ و $.81$ بدست آورده‌اند [۴۱]. در مطالعه چالمه که در دانش‌آموزان راهنمایی شیاراز انجام شده، همسانی درونی مقیاس قربانی بودن با روش آلفای کرونباخ $.88$ بدست آمده است [۴۲].

جدول (۱) پروتکل گروهی درمان هیجان محور

مرحله (۱) وظایف مبتنی بر همدلی، برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان؛ توضیح درباره ماهیت هیجان، افسردگی، اضطراب و قربانی قدری، دادن بروشورهایی از تمام مطالب، عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم سازی درمان متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی

مرحله (۲) شناسایی چرخه تعاملی معموب و شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند؛ شناسایی احساس‌های متناقض، دوگانه و انتقادی درباره خود و اشخاص مهم و تأثیرگذار در زندگی، آزمودنی‌ها را برای تمرن ۲ صندلی آماده کنید. تکنیک تقویت آگاهی هیجانی با ارائه برگه ثبت هیجانی و پرسش‌های مبتنی بر EFT

مرحله (۳) بحث راجع به راهبردهای مقابله‌ی آزمودنی اجازه دهد که به احساسات خود اقرار کند و منابع اشتباہات را شناسایی کنید، مسئولیت‌پذیری را تقویت نماید.

مرحله (۴) استفاده از تکنیک آرام‌سازی؛ هدف از این مرحله، آرام‌ساختن گفتار و احساس خودانتقادی و کمک به کاهش تحریب درمانگی آزمودنی‌ها است. اجرای تکنیک‌های درمان شفقت به خود، آشتبانی از جنبه‌های متصاد، بیان و اشکار کردن جنبه‌های متصاد شناختی شده در تکالیف خانگی، افزایش هشیاری مراجع، شروع آشتبانی در صدای طرف نمادردازی از حس کردن احساس؛ حس سیکترشن (احساس تغییر؛ آمادگی برای اعمال خارج از درمان (حمل به جلو)، اجرای تکنیک ۲ صندلی

مرحله (۵) اجرای تکنیک صندلی خالی، شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیربنایی هیجان‌ها؛ هدف از این کار این است که آزمودنی‌ها احساس ناقص بودن و ناکافی بودن را در خود بشکند و به کاوش درباره آجنبه متفاوت تحریبه خود بپردازند.

اتصال مجدد ارزش‌ها؛ ادامه هماهنگ کردن صدای طرف متصاد آزمودنی، به آزمودنی اجازه دهد ارزش‌های خود را بیان کند و مشخص که چگونه می‌خواهد با آن ارزش زندگی کند. به نیازها و انگیزه‌ها متصل به مکانیسم گوشنه‌نشینی و ارزوا برگردید و روش‌های برآورده شدن آن نیازها در آینده در راستای ارزش‌های آزمودنی را شناسایی کنید. اجرای تکنیک صندلی خالی، ارائه برگه ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی

مرحله (۶) تسهیل در بیان و توصیف احساس‌ها، نیازها و آرزوها؛ از طریق توصیف و گفتگو درباره حالت صدا، بروز میزان ناراحتی، خشم و درد آزمودنی‌ها. جیران آسیب؛ آموزش به مراجع با آموزش نقش، با انواع رفتارهای تازه با پرخاشگری دیگران مقابله کنند و نتایج عمل خود را مناظره کنند.

مرحله (۷) یادآوری و حرکت رویه‌جلو؛ با تمرکز بر تغییرات مبتنی از زمان انجام عمل مقابله‌آمیز و تغییر کمک کنید؛ احساسات منفی باقی‌مانده را با احساسات آرامش‌بخش و تسکین خود جایگزین کنید؛ ایجاد راه حل‌های جدید برای مشکلات قبلی؛ آموزش فرایند انتقال احساس نالمیدی، خشم و شرم آزمودنی‌ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات جنبه‌های مهم زندگی

مرحله (۸) به آزمودنی کمک کنید که موارد پیشرفت و نحوه حفظ این عایدات را شناسایی کند. کلیاتی از کاربر فرایند خودآمیش‌بخشی و شفقت به خود برای سایر روابط داده‌ای که منجر به نشخوارگری می‌شوند ارائه دهد. جمع‌بندی نکات مطرح شده جلسات قبلی، مروی بر مهارت‌های ارائه شده است. شکل‌گیری چرخه جدیدی از رفتار؛ ارائه نمونه‌هایی از کیفیت روابط بین‌فردی در زندگی افراد که در پیش روی آنها است درجهٔ تحکیم یادگیری مهارت‌های جدیدی که آموخته شد. مراسم خداخافطی

F=۱۲۸/۹ نیز ناشی از اجرای پروتکل درمانی هیجان محور بر گروه آزمایش بود.

جدول ۲ میانگین امتیازات گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌ها و شاخص کلی عالئم درونی‌سازی

شاخص	گروه	پیش‌آزمون	درونی‌سازی
اضطراب- افسردگی	آزمایش	۳/۵۰±۳/۲۷	۱۰/۵۰±۲/۰۵
افسردگی- گوشه‌گیری	کنترل	۱۰/۲۰±۲/۰۲	۹/۲۰±۲/۰۱
جسمانی‌سازی	آزمایش	۲/۸۰±۲/۱۰	۶/۲۶±۲/۰۸
عالئم درونی‌سازی	کنترل	۶/۶۰±۲/۰۲	۶/۹۰±۱/۸۰
	آزمایش	۲/۲۶±۲/۳۰	۷/۹۰±۲/۸۰
	کنترل	۹/۴۰±۱/۱۰	۸/۱۰±۱/۹۰
	آزمایش	۱۴/۵۰±۴/۱۲	۲۳/۹۰±۴/۶۰
	کنترل	۲۴/۶۰±۳/۴۰	۲۴/۴۰±۴/۰۶

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی هیجان محور بر عالئم درونی‌سازی دانش‌آموزان قربانی قدری بود. در افراد قربانی قدری و حتی خود قدرها، دردهای روان‌تنی مانند سردرد، ناراحتی‌های گوارشی و کمردرد [۴۵] و همچنین دیگر عالئم رفتاری- شناختی مانند افسردگی، بدخلقی و نامیدی، گزارش شده است [۴۶]. هم‌راستا با مطالعه‌ی حاضر، درمان هیجان محور در پژوهش گلدمان و همکاران [۴۷] و همچنین کومپار و همکاران [۴۸] در کاهش افسردگی، مفید گزارش شده است. اجرای این شیوه درمانی به شکل گروهی برای افراد مضطرب و افسرده، کارایی مورد تأییدی دارد [۳۵]. همچنین درمان متصرکز بر هیجان، تأثیر مثبت و سازگارانه‌ای بر ابعاد مختلف آشفتگی کودکانی با تجربه سوءرفتار، دارد و در بهبود آشفتگی‌های ارتباطی نیز بسیار مؤثر است [۴۹].

آموزش مهارت‌های هیجانی نه تنها سبب سازش‌یافتنی افراد می‌شود، بلکه مشکلات بین‌فردی، افسردگی و هیجانات منفی را کاهش داده و میزان صمیمیت، مردم‌آمیزی و مسئولیت‌پذیری را افزایش می‌دهد [۵۰]. در پژوهش دیگری نشان داده شده است که، درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی، سبب کاهش انزواه اجتماعی، اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری افراد دچار تروما می‌شود [۵۱]. افراد مراجعه کننده به درمان هیجان محور، علاوه بر اینکه با آشفتگی هیجانی روبرو هستند، به طور مداوم با هیجان‌های شدید غیرقابل بیان، عدم ارضای نیازهای انتظارات و خاطرات ویرانگری که از افراد سوءاستفاده کننده دارند، مواجه می‌شوند. آنها قادر نیستند این زخم‌ها را التیام بخشنده و ظرفیت خود را برای بیان هیجان‌ها، پردازش و حل و فصل تجارب گذشته افزایش دهند [۵۲]. سرکوب بلندمدت هیجانات، موجب انباسته شدن تنش

فرم خودسنجی نوجوان: ابزار دیگری برای سنجش عالئم درونی‌سازی، فرم YSR نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخن‌باخ (ASEBA) است. این مجموعه که برای سینم ۱۱-۱۸ سال استفاده می‌شود، شامل نظامی از سوالات، به منظور سنجش راحت و مقرن به صرفه شایستگی‌ها، عملکرد یا کنش سازگارانه و مشکلات هیجانی- کنشی است. مجموعه سوالات ASEBA معمولاً در ۲۰-۲۵ دقیقه پاسخ داده می‌شوند [۴۳]. همسانی درونی این مجموعه سوالات در ۹۰۰ نفر از دانش‌آموزان شهر تهران با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ به دست آمده است. (دروني‌سازی: ۰/۸۷، بروني‌سازی: ۰/۸۶، مشکلات کلی: ۰/۸۵). اعتبار محتوایی و روایی ملاکی این فرم نیز تأیید شده است [۴۴]. روش امتیازبندی هر سوال از صفر تا ۲ است؛ بنابراین حداقل امتیاز کسب شده در این فرم برابر صفر و حدکثر ۶۲ امتیاز است.

ابتدا پرسش‌نامه قربانی قدری ایلی‌نویز به دانش‌آموزان داده شد و کسانی که بیشترین امتیاز را به دست آورده بودند، به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند و برای هر ۲ گروه در یک زمان پرسش‌نامه خودسنجی نوجوان اجرا شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، برنامه درمان هیجان محور طی ۱۰ جلسه که هر جلسه یک ساعت و ۱۰ دقیقه بود، به مدت ۲ ماه و ۱۰ روز، برای گروه آزمایش اجرا شد (جدول ۱). در این مدت، درمانی برای گروه کنترل اجرا نشد. یک هفته پس از پایان جلسات درمانی، پرسش‌نامه‌ها

درباره به گروه کنترل و آزمایش به عنوان پس‌آزمون داده شد.

برای محاسبه تفاوت امتیازات ۲ گروه از آمار توصیفی و برای بررسی تأثیر مداخله درمانی از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره در قالب نرم‌افزار 23 SPSS استفاده شد. لازم به ذکر است که ابتدا مفروضه‌های لازم در استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره (برابری واریانس‌ها، همگنی شبیه رگرسیونی و توزیع نرمال) بررسی شد.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها (۳۰ نفر) ۱۳/۸۰±۲/۷۷ سال بود. در مرحله پیش‌آزمون، شاخص کلی عالئم درونی‌سازی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۲۳/۹۰±۴/۶۰ و ۲۴/۴۰±۴/۰۶ بود. این مقادیر در پس‌آزمون نیز به ترتیب ۱۴/۵۰±۴/۱۲ و ۲۴/۶۰±۳/۴۰ شد (جدول ۲). در گروه آزمایش، ۶۵٪ کاهش امتیازی شاخص کلی عالئم درونی‌سازی در مرحله پس‌آزمون، مربوط به درمان هیجان محور بود ($F=۲۴/۰/۶$; $p=۰/۰۰۰۱$). همچنین، ۷٪ کاهش ۷ امتیازی شاخص اضطراب- افسردگی ($F=۴۷/۸$; $p=۰/۰۰۰۱$) و ۴۸٪ کاهش ۷ امتیازی شاخص افسردگی- گوشه‌گیری ($F=۲۵/۲$; $p=۰/۰۰۰۱$) و ۸۲٪ کاهش ۷ امتیازی شاخص جسمانی‌سازی ($F=۰/۰۰۰۱$).

- 4- Smith PK, Brain P. Bullying in schools: Lessons from two. *Aggress Behav.* 2000;26:1-9.
- 5- Nansel TR, Craig W, Overpeck MD, Saluja G, Ruan WJ. Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158(8):730-6.
- 6- Wong DS. School bullying and tackling strategies in Hong Kong. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2004;48(5):537-53.
- 7- Ayyubi E, Nazarzadeh M, Bidel Z, Bahrami A, Tezwal J, Rahimi M, et al. Prevalence of bullying and deliberated self-harm behaviors among high school students. *J Fundam Ment Health.* 2013;15(1):366-77. [Persian]
- 8- Undheim AM, Sund AM. Prevalence of bullying and aggressive behavior and their relationship to mental health problems among 12- to 15-year-old Norwegian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010;19(11):803-11.
- 9- Glew GM, Fan MY, Katon W, Rivara FP, Kernic MA. Bullying, psychosocial adjustment, and academic performance in elementary school. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(11):1026-31.
- 10- Frisén A, Bjarnelind S. Health - related quality of life and bullying in adolescence. *Acta Paediatr.* 2010;99(4):597-603.
- 11- Tharp-Taylor S, Haviland A, D'Amico EJ. Victimization from mental and physical bullying and substance use in early adolescence. *Addict Behav.* 2009;34(6):561-7.
- 12- Arseneault L, Walsh E, Trzesniewski K, Newcombe R, Caspi A, Moffitt TE. Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in young children: A nationally representative cohort study. *Pediatr.* 2006;118(1):130-8.
- 13- Hawker DS, Boulton MJ. Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *The J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2000;41(4):441-55.
- 14- Kumpulainen K, Räsänen E, Puura K. Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying. *Aggress Behav.* 2001;27(2):102-10.
- 15- Gladstone GL, Parker GB, Malhi GS. Do bullied children become anxious and depressed adults?: A cross-sectional investigation of the correlates of bullying and anxious depression. *The J Nerv Ment Dis.* 2006;194(3):201-8.

جسمانی خواهد شد که در مشکلات سلامتی نقش عمده‌ای دارد [۵۳]. در تبیین علائم جسمانی‌سازی می‌توان گفت که تنظیم بد هیجان ممکن است منجر به اختلالات جسمانی و ناهنجاری‌هایی شود که تا به امروز توجه اندکی به آن شده است [۵۴، ۵۵]. بطرف‌کردن علائم روان‌تنی ایجادشده حین تنظیم هیجان می‌تواند باعث بهبودی این علائم جسمانی شود.

از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از جامعه‌ی تک جنسیتی، عدم همکاری معلمان در پیگیری‌های پس از درمان و محدودیت زمانی و مکانی برای مصاحبه‌ی تک‌به‌تک با ۳۰ نفر اول به منظور تشخیص نهایی نشانه‌های مزبور در دانش‌آموزان قربانی قدری، بود. با توجه به اینکه در درمان هیجان‌محور، هیجانات، فهم آنها و به‌کارگیری آن در روابط، اساس کار درمان است، گروهی انجام‌دادن آن نوعی تمرین رفتاری و نقش‌گذاری است و با توجه به محدودیت‌های مالی که در اجرای پژوهش‌های فردی در مدارس ایران داریم، مطالعات مشابه می‌تواند در بهبودی افراد زیادی در مدت زمان کوتاه، بسیار مفید باشد. علاوه بر این، استفاده از نمونه‌های تک جنسیتی پسر، تعیین نتایج را محدود کرده و پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده جامعه‌ی آماری گسترده‌تر شود.

نتیجه‌گیری

آموزش گروهی هیجان‌محور بر بهبود علائم درونی‌سازی شامل اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی‌سازی پس‌ران نوجوان قربانی قدری مؤثر است. این اثربخشی نشان می‌دهد که در درمان بیماری‌هایی مانند اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی، در کنار درمان‌های شناختی- رفتاری، توجه بر هیجانات بسیار مفید است؛ بهویشه در افرادی مانند قربانیان قدری که حجم زیادی از هیجانات ناخوشایند افسردگی و اضطراب را تحمل می‌کنند.

منابع

- 1- Smith PK, Morita Y, Tas JJ, Olweus D, Catalano R, Slee P. *The nature of school bullying: A cross-national perspective.* London: Psychology Press; 1999.
- 2- García AS, Margallo EM. Bullying: what's going on? A bibliographic review of last twelve months. *Procedia-Soc Behav Sci.* 2014;132:269-76.
- 3- Seals D, Young J. Bullying and victimization: Prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *Adolesc.* 2003;38(152):735-47.

- centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychother Res.* 1998;8(2):210-24.
- 28- Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol.* 1989;36(2):223-33.
- 29- Greenberg LS, Goldman RN. Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power. Washington: American Psychological Association; 2008.
- 30- Greenberg LS. Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus.* 2010;8(1):32-42.
- 31- Angus LE, Greenberg LS. Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives. Washington: American Psychological Association; 2011.
- 32- Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. Washington: American Psychological Association; 2015.
- 33- Johnson SM. The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection. Abingdon: Routledge; 2012.
- 34- Greenberg LS. Emotion-focused therapy. *Clin Psychol Psychother.* 2004;11(1):3-16.
- 35- Lafrance Robinson A, McCague EA, Whissell C. "That chair work thing was great": a pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Pers-Cent Exp Psychother.* 2014;13(4):263-77.
- 36- Wnuk SM, Greenberg L, Dolhanty J. Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eat Disord.* 2015;23(3):253-61.
- 37- Pascual-Leone A, Bierman R, Arnold R, Stasiak E. Emotion-focused therapy for incarcerated offenders of intimate partner violence: A 3-year outcome using a new whole-sample matching method. *Psychother Res.* 2011;21(3):331-47.
- 38- Sobhi-Ghamaleki N, Porzoor P, Aghajani S, Nariman M. Effectiveness of emotion regulation training on reduction of anxiety, stress and depression symptoms among University students. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2015;3(1):5-13. [Persian]
- 39- Greenberg LS, Watson JC. Emotion-focused therapy for depression. Washington: American Psychological Association; 2006.
- 40- Espelage DL, Holt MK. Bullying and victimization during early adolescence: Peer influences and psychosocial correlates. *J Emot Abus.* 2001;2(2-3):123-42.

- 16- Bollmer JM, Milich R, Harris MJ, Maras MA. A friend in need: The role of friendship quality as a protective factor in peer victimization and bullying. *J Interpers Violence.* 2005;20(6):701-12.
- 17- Johnson RM, Kidd JD, Dunn EC, Green JG, Corliss HL, Bowen D. Associations between caregiver support, bullying, and depressive symptomatology among sexual minority and heterosexual girls: Results from the 2008 Boston Youth Survey. *J Sch Violence.* 2011;10(2):185-200.
- 18- Klomek AB, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *The Can J Psychiatry.* 2010;55(5):282-8.
- 19- Hansen TB, Steenbergh LM, Palic S, Elklit A. A review of psychological factors related to bullying victimization in schools. *Aggress Violent Behav.* 2012;17(4):383-7.
- 20- Williams K, Chambers M, Logan S, Robinson D. Association of common health symptoms with bullying in primary school children. *BMJ.* 1996;313(7048):17-9.
- 21- Tan PZ, Armstrong LM, Cole PM. Relations between temperament and anger regulation over early childhood. *Soc Dev.* 2013;22(4):755-72.
- 22- Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personal Individ Differ.* 2006;40(8):1659-69.
- 23- Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P, Rimpelä A. Bullying at school an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc.* 2000;23(6):661-74.
- 24- Kowalski RM, Limber SP. Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *J Adolesc Health.* 2013;53(1):S13-20.
- 25- Kokkinos CM, Kiprissi E. The relationship between bullying, victimization, trait emotional intelligence, self-efficacy and empathy among preadolescents. *Soc Psychol Educ.* 2012;15(1):41-58.
- 26- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602.
- 27- Greenberg L, Watson J. Experiential therapy of depression: Differential effects of client-

- 48- Compare A, Calugi S, Marchesini G, Molinari E, Dalle Grave R. Emotion-focused therapy and dietary counseling for obese patients with binge eating disorder: A propensity score-adjusted study. *Psychother Psychosom.* 2013;82(3):193-4.
- 49- Dessaulles A, Johnson SM, Denton WH. Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *The Am J Family Ther.* 2003;31(5):345-53.
- 50- Bywater T, Sharples J. Effective evidence-based interventions for emotional well-being: Lessons for policy and practice. *Res Papers Educ.* 2012;27(4):389-408.
- 51- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(2):217-37.
- 52- Paivio SC, Nieuwenhuis JA. Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *J Trauma Stress.* 2001;14(1):115-33.
- 53- Pennebaker JW, Beall SK. Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *J Abnorm Psychol.* 1986;95(3):274-81.
- 54- Bylsma LM, Rottenberg J. Uncovering the dynamics of emotion regulation and dysfunction in daily life with ecological momentary assessment. In *Emotion regulation and well-being.* New York: Springer; 2011.
- 55- Hughes EK, Gullone E. Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image.* 2011;8(3):224-31.
- 41- Shujja S, Atta M. Translation and validation of Illinois bullying scale for Pakistani children and adolescents. *Pak J Soc Clin Psychol.* 2011;9(1-2):79-82.
- 42- Chalmeh R. Psychometrics properties of the Illinois bullying scale (IBS) in Iranian students: Validity, reliability and factor structure. *J psychol Models Method.* 2013;3(11):39-52. [Persian]
- 43- Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. Burlington, VT: University of Vermont; 2001.
- 44- Minaei.A. Adaptation and standardization of child behavior checklist, youth self-report, and teacher's report form. *Res Except Child.* 2006;6(1):529-58. [Persian]
- 45- Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P, et al. Bullying and symptoms among school-aged children: International comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health.* 2005;15(2):128-32.
- 46- Peskin MF, Tortolero SR, Markham CM, Addy RC, Baumler ER. Bullying and victimization and internalizing symptoms among low-income black and hispanic students. *J Adolesc Health.* 2007;40(4):372-5.
- 47- Goldman RN, Greenberg LS, Angus L. The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychother Res.* 2006;16(5):537-49.