Journal of Police Medicine

Autumn 2017; Vol. 6, No. 3: 213-220

Original Article

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

Yousef Asmari Bardezard[1]
Farideh Hosseinsabet[2*]
Dana Mohammadaminzadeh[3]

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

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

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

ABSTRACT

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 pre-test 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

پاییز ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۳- صفحات ۲۲۰-۲۱۳

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

اثربخشی درمان گروهی هیجان‌محور بر علائم درونی‌سازی پسران نوجوان قربانی قلدری

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

چکیده

اهداف: علائم درونی‌سازی با پیامدهای منفی مانند کاهش عملکرد بین‌فردی، سوءمصرف مواد و مشکلات تحصیلی مرتبط است. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان گروهی هیجان‌محور بر علائم درونی‌سازی پسران نوجوان قربانی قلدری بود.

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

یافته‌ها: شاخص کلی علائم درونی‌سازی در مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب۴/۶۰±۲۳/۹۰ و ۴/۰۶±۲۴/۴۰ بود. این مقادیر در پس‌آزمون به ترتیب ۴/۱۲±۱۴/۵۰ و ۳/۴۰±۲۴/۶۰ شد (p=۰/۰۰۰۱). علاوه بر این، درمان هیجان‌محور به‌طور معناداری در کاهش خرده‌مقیاس‌های علائم درونی‌سازی مؤثر بود (p=۰/۰۰۰۱).

نتیجه‌گیری: درمان گروهی هیجان‌محور بر علائم درونی‌سازی پسران نوجوان قربانی قلدری مؤثر است.

یوسف اسمری‌برده‌زرد[۱]

فریده حسین‌ثابت[۲*]

دانا محمدامین‌زاده[۳]

[۱] MSc، دانش‌آموخته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

[۲] PhD، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم‌تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

[۳] MSc، دانش‌آموخته مشاوره مدرسه، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

*** نویسنده مسئول:**

فریده حسین‌ثابت

تلفن: ۲۱۴۴۷۳۷۵۱۰ (۹۸+)

پست الکترونیک:

Hoseinsabet@atu.ac.ir

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

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 قلدری نامیده می‌شود [۲]. شمار زیادی از مطالعات انجام‌شده در جمعیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف، شیوع بالای قلدری و قربانی‌شدن با این رفتار را گزارش کرده‌اند [۳، ۴]. مطالعه‌ای در ۲۵ کشور غربی نشان داده است که به‌طور میانگین ۱۱٪ درصد نوجوانان، قربانی قلدری و ۱۰٪ نیز قلدر 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 قلدری شده‌اند [۶]. در زنجان نیز مطالعه‌ای شیوع قلدری در دانش‌آموزان دبیرستانی را ۲۶/۳٪ بیان کرده است [۷]. مطالعات نشان می‌دهند، کسانی که در سنین نوجوانی قربانی قلدری شده‌اند،

Journal of Police Medicine
Autumn 2017; Vol. 6, No. 3: 213-220

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

زمانی که دانش‌آموزی به دلیل آزارها و کارهای اخلالگرانهٔ منفی یک یا چند دانش‌آموز دیگر، چندین مرتبه مورد تهاجم واقع یا مجبور به انجام کارهای ناخواسته‌ای شود، قربانی قلدری است [۱۳]. این دانش‌آموزان دچار احساس ناامنی، اضطراب، خجالت‌زدگی و عدم جذابیت می‌شوند و با واکنش‌هایی همچون انزوا طلبی و گریه‌کردن به این احساس‌ها پاسخ می‌دهند که در نهایت به منفعل‌بودن 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 قلدری واقع‌شدن است. تحقیقات نشان داده‌اند که ۷۷٪ از دانش‌آموزان تجربهٔ قربانی‌شدن را گزارش داده‌اند که از این میان ۱۴٪ از آنها واکنش‌های منفی مانند اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری 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 دانش آموزان ۱۳-۱۰ساله انجام شده است، دانش‌آموزانی که دارای مشکلات درونی‌سازی مانند اضطراب، افسردگی و انزواطلبی اجتماعی هستند، آسیب‌پذیری بیشتری برای قربانی‌شدن دارند [۱۸]. در تأیید این تحقیق نشان داده‌اند، دانش‌آموزانی که مشکلات هیجانی و رفتاری دارند، بیشتر قربانی قلدری می‌شوند [۱۹]. از طرف دیگر، خلق افسرده و افکار خودکشی در میان این قربانیان، بیشتر است [۲۰]. در قربانیانی که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم درگیر قلدری هستند، علاوه بر علائم درونی‌سازی اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی، شکایات جسمانی، مشکلات خواب، شب‌ادراری، سردرد، معده درد، خستگی و دیگر علائم برونی‌سازی نیز بروز می‌کند [۲۴-۲۱].

کوکینوز و *کیپریتنزی* با مطالعه ۲۰۶ دانش‌آموز یونانی کلاس ششم ابتدایی نشان داده‌اند که رفتار قلدری 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 لحاظ شروع و رشد اختلالات روانی، بسیار حساس است [۲۶]. یکی از درمان‌های مؤثر در حالت‌های اضطراب و افسردگی که تاکنون کمتر در ایران مورد توجه قرار گرفته، درمان هیجان‌محور است.

EFT یا همان درمان هیجان‌محور (Emotion Focused Therapy) توسط *گرینبرگ* و همکاران در سال ۱۹۸۰ به‌وجود آمد [۲۷، ۲۸]. درمان متمرکز بر هیجان که یک رویکرد ساختارمند و با محدودیت زمانی ۲۰-۸ جلسه انفرادی است، به‌عنوان یک درمان هیجان‌محوربا فرآیند تجربی شناخته شده است که علاوه بر فرد، برای زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی نیز کاربرد دارد. این درمان از مؤلفه‌های نظری *گشتالتی*، درمان فردمدار *راجرز* و انسان‌گرایی که بر رابطه تأکید می‌کند و همچنین از نظریه دلبستگی، استفاده می‌کند [۲۹]. این رویکرد درمانی بر پایه تحقیقات تجربی برای معالجه افسردگی، فشارها و مشکلات زناشویی، آسیب‌های ناشی از حوادث دردناک، اختلالات خوردن، اختلالات اضطرابی و مشکلات بین‌فردی مورد تأیید است [۳۰]. برمبنای درمان هیجان‌محور، 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 هیجانی ناسازگار تغییر کنند و با تنظیم عواطف فرد، هیجانات سازگار را یاد گرفته و به‌کار ببندد [۲۷، ۳۳]. وظیفهٔ درمانگر 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 [۳۳]. بر اساس این درمان، آگاهی از حس‌های بدنی و هیجانات تجربه‌شده توسط فرد، فهم هیجانی و واکنش‌های جسمانی مرتبط با آنها افزایش می‌یابد که منجر به تنظیم هیجانی و تغییر می‌شود [۳۴]. در مطالعات پژوهشی درمان هیجان‌محور معمولاً، ۱۶ جلسه فردی به‌طور هفتگی برگزار می‌شود [۳۰]. این روش به‌صورت گروهی نیز در درمان افراد مضطرب و افسرده مؤثر است [۳۵]. علاوه بر این، نتایج گروهی این درمان بر زنان مبتلا به اختلالات خوردن، منجر به بهبود علائم و خودکارآمدی و تنظیم هیجانات آنان شده است [۳۶]. کارایی EFT در کاهش خشونت، اضطراب، افسردگی دانشجویان و همچنین اختلالت استرس پس از سانحه، مشخص شده است [۳۹-۳۷].

همان‌طور که بیان شد، قربانیان قلدری دارای افسردگی، اضطراب، خودکشی، سوءمصرف الکل و مواد به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای هستند و به‌دلیل اعتمادبه‌نفس ضعیف، ترک تحصیل در آنها رایج است و بیشتر در معرض قلدری قرار می‌گیرند که همه این عوامل زمینه را برای جرم و جنایت بیشتر فراهم می‌نماید. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان هیجان‌محور بر علائم درونی‌سازی مانند اضطراب، افسردگی و نشانه‌های جسمانی در دانش‌آموزان قربانی بود.

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۳- صفحات ۲۲۰-۲۱۳

مواد و روش‌ها

این مطالعه شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل، در کلیه دانش‌آموزانی که در مدارس راهنمایی پسرانه (متوسطه اول) شهرستان بوکان در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ مشغول به تحصیل بودند، انجام شد. ابتدا با روش خوشه‌ای- چندمرحله‌ای کل شهر بوکان در ۳ ناحیه مجزای شمال، جنوب و مرکز در نظر گرفته شد و از هر ناحیه به‌صورت تصادفی یک منطقه انتخاب و در آن منطقه نیز یک مدرسه پسرانه از دوره راهنمایی انتخاب شد. سپس در مدرسه از هر ۳ مقطع اول، دوم و سوم راهنمایی، ۲ کلاس انتخاب شدند. درنهایت در این جامعه‌ی آماری،۳۰ نفر که در پرسش‌نامه قربانی قلدری امتیاز بیشتری کسب کردند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار داده شدند. با توجه به اینکه در پژوهش‌های آزمایشی و شبه‌آزمایشی معمولاً نمونه‌ای بین ۸ تا ۱۲ نفر انتخاب می‌شود، ما در این پژوهش با در نظر گرفتن خطر افت نمونه، ۱۵ نفر را برای هر گروه (کنترل و آزمایش) انتخاب کردیم. ابزارهای مورد استفاده مقیاس قلدری ایلی‌نویز و فرم خودسنجی نوجوان بود.

مقیاس قلدری ایلی‌نویز: این ابزار ۱۸گویه‌ای که ۳ خرده‌مقیاس قلدری (۹ سئوال)، نزاع (۵ سئوال) و قربانی (۴ سئوال) را مورد سنجش قرار می‌دهد، توسط *اسپالاگه* و *هولت* [۴۰] ساخته شده است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌صورت طیف لیکرت ۵نقطه‌ای 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 بُعد نمره جداگانه‌ای دارد. نمره بالا در هر زیرمقیاس بیان‌گر بروز بیشتر همان‌گونه رفتار در آزمودنی است. خرده‌مقیاس قلدری به اذیت و آزار دیگران، اسم‌گذاشتن روی دیگران، انزوای اجتماعی و شایعه‌پراکنی اشاره دارد. خرده‌مقیاس قربانی‌بودن رفتارهای انفعالی دانش‌آموزان در برابر قلدرها را مورد سنجش قرار می‌دهد. *اسپالاگه* و *هولت* به‌منظور بررسی پایایی این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ هر یک از خرده‌مقیاس‌های قلدری، نزاع و قربانی را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۰ به‌دست آورده‌اند. همچنین به منظور بررسی روایی همگرا از مقیاس پرخاشگری آخن‌باخ استفاده کرده‌اند که ضریب به‌دست‌آمده در حد متوسط و مطلوبی بود (r=۰/۶۵) [۴۰]. *شوجا* و *آتا* نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۲، ۰/۷۳ و ۰/۸۱ به‌دست آورده‌اند [۴۱]. در مطالعهٔ *چالمه* که در دانش‌آموزان راهنمایی شیراز انجام شده، همسانی درونی مقیاس قربانی‌بودن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آمده است [۴۲].

جدول ۱) پروتکل گروهی درمان هیجان‌محور

مرحله ۱) وظایف مبتنی بر همدلی، برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان: توضیح درباره ماهیت هیجان، افسردگی، اضطراب و قربانی قلدری، دادن بروشورهایی از تمام مطالب، عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی
مرحله ۲) شناسایی چرخه تعاملی معیوب 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 تمرین ۲ صندلی آماده کنید. تکنیک تقویت آگاهی هیجانی با ارائه برگه ثبت هیجانی و پرسش‌های مبتنی بر EFT
مرحله ۳) بحث راجع به راهبردهای مقابله: به آزمودنی اجازه دهید که به احساسات خود اقرار کند و منابع اشتباهات را شناسایی کنید، مسئولیت‌پذیری را تقویت نمایید. نمادپردازی از حس‌کردن احساس؛ حس سبک‌ترشدن (احساس تغییر)؛ آمادگی برای اعمال خارج از درمان (حمل به جلو)، اجرای تکنیک ۲ صندلی
مرحله ۴) استفاده از تکنیک آرام‌سازی: هدف از این مرحله، آرام‌ساختن گفتار و احساس خودانتقادی و کمک به کاهش تجربه درماندگی آزمودنی‌ها است. اجرای تکنیک‌های درمان شفقت به خود، آشتی‌دادن جنبه‌های متضاد، بیان و آشکارکردن جنبه‌های متضاد شناسایی‌شده در تکالیف خانگی، افزایش هشیاری مراجع، شروع آشتی‌دادن صداهای طرف متضاد آزمودنی
مرحله ۵) اجرای تکنیک صندلی خالی، شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیربنایی هیجان‌ها:هدف از این کار این است که آزمودنی‌ها احساس ناقص‌بودن و ناکافی‌بودن را در خود بشکنند و به کاوش درباره ۲جنبه متفاوت تجربه خود بپردازند. اتصال مجدد ارزش‌ها: ادامه هماهنگ‌کردن صداهای طرف متضاد آزمودنی. به آزمودنی اجازه دهید ارزش‌های خود را بیان کند و مشخص که چگونه می‌خواهد با آن ارزش زندگی کند. به نیازها و انگیزه‌ها متصل به مکانیسم گوشه‌نشینی و انزوا برگرید و روش‌های برآورده‌شدن 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. جبران 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 روبه‌جلو: با تمرکز بر تغییرات مثبت از زمان انجام عمل اهانت‌آمیز، به مراجع در یادآوری عمل مقابله‌آمیز و تغییر کمک کنید؛ احساسات منفی باقی‌مانده را با احساسات آرامش‌بخش و تسکین خود جایگزین کنید؛ ایجاد راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قبلی: آموزش فرایند انتقال احساس ناامیدی، 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 خودآرامش‌بخشی و شفقت به خود برای سایر رویدادهایی که منجر به نشخوارگری می‌شوند ارائه دهید. جمع‌بندی نکات مطرح‌شده جلسات قبلی، مروری 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 درجهت تحکیم یادگیری مهارت‌های جدیدی که آموخته شد. مراسم خداحافظی

Journal of Police Medicine
Autumn 2017; Vol. 6, No. 3: 213-220

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

ابتدا پرسش‌نامه قربانی قلدری ایلی‌نویز به دانش‌آموزان داده شد و کسانی که بیشترین امتیاز را به‌دست آورده بودند، به‌صورت 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 هیجان‌محور 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 دوباره به گروه کنترل و آزمایش به‌عنوان 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 SPSS 23 استفاده شد. لازم به ذکر است که ابتدا مفروضه‌های لازم در استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره (برابری واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیونی و توزیع نرمال) بررسی شد.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها (۳۰ نفر) ۱۳/۸۰±۲/۷۷ سال بود. در مرحلهٔ پیش‌آزمون، شاخص کلی علائم 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 ۱۰امتیازی شاخص کلی علائم درونی‌سازی در مرحلهٔ پس‌آزمون، مربوط به درمان هیجان‌محور بود (F=۲۴/۰۶ ؛p=۰/۰۰۰۱). همچنین، ۶۳٪ کاهش ۷امتیازی شاخص اضطراب- افسردگی (F=۴۷/۸ ؛p=۰/۰۰۰۱) و ۴۸٪ کاهش ۵امتیازی شاخص افسردگی- گوشه‌گیری (F=۲۵/۲ ؛p=۰/۰۰۰۱) و ۸۲٪ کاهش ۷امتیازی شاخص جسمانی‌سازی (p=۰/۰۰۰۱؛ F=۱۲۸/۹) نیز ناشی از اجرای پروتکل درمانی هیجان‌محور بر گروه آزمایش بود.

جدول ۲) میانگین امتیازات گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌ها و شاخص کلی علائم درونی‌سازی

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

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی هیجان‌محور بر علائم درونی‌سازی دانش‌آموزان قربانی قلدری بود. در افراد قربانی قلدری و حتی خود قلدرها، دردهای روان‌تنی مانند سردرد، ناراحتی‌های گوارشی و کمردرد [۴۵] و همچنین دیگر علائم رفتاری- شناختی مانند افسردگی، بدخلقی و ناامیدی، گزارش شده است [۴۶]. هم‌راستا با مطالعه‌ی حاضر، درمان هیجان‌محور در پژوهش گلدمن 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 متمرکز بر هیجان، تأثیر مثبت و سازگارانه‌ای بر ابعاد مختلف آشفتگی کودکانی با تجربهٔ سوءرفتار، دارد و در بهبود آشفتگی‌های ارتباطی نیز بسیار مؤثر است [۴۹].

آموزش مهارت‌های هیجانی نه‌تنها سبب سازش‌یافتگی 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 انزوای اجتماعی، اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری افراد دچار تروما می‌شود [۵۱]. افراد مراجعه‌کننده به درمان هیجان‌محور، علاوه بر اینکه با آشفتگی هیجانی روبه‌رو هستند، به‌طور مداوم با هیجان‌های شدید غیرقابل بیان، عدم ارضای نیازها، انتظارات و خاطرات ویرانگری که از افراد سوءاستفاده‌کننده دارند، مواجه می‌شوند. آنها قادر نیستند این زخم‌ها را التیام بخشند و ظرفیت خود را برای بیان هیجان‌ها، پردازش و حل‌وفصل تجارب گذشته افزایش دهند [۵۲]. سرکوب بلندمدت هیجانات، موجب انباشته‌شدن تنش

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۳- صفحات ۲۲۰-۲۱۳

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]. برطرف‌کردن 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 قلدری، 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، تعمیم نتایج را محدود کرده و پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده جامعه آماری گسترده‌تر شود.

نتیجه‌گیری

آموزش گروهی هیجان‌محور بر بهبود علائم درونی‌سازی شامل اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی‌سازی پسران نوجوان قربانی قلدری 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؛ به‌ویژه در افرادی مانند قربانیان قلدری 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.
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.

Journal of Police Medicine
Autumn 2017; Vol. 6, No. 3: 213-220

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, Steenberg 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, Kipritsi 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-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-Gharamaleki N, Porzoor P, Aghajani S, Narimani 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.

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, touth 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.
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.