

مقایسه تأثیر فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر دلبستگی بر مشکلات رفتاری برون‌نمود کودکان پرخاشگر

صدیقه گله‌گیریان*، عزت دیره^۲

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر، بوشهر، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر، بوشهر، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۵/۹/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات رفتاری کودکان همچون پرخاشگری می‌تواند به تعاملات اجتماعی کودکان آسیب جدی وارد سازد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی فراشناخت‌درمانی و درمان مبتنی بر دلبستگی بر مشکلات رفتاری برون‌نمود کودکان پسر دارای پرخاشگری انجام شد.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان پسر پرخاشگر مشغول به تحصیل در مدارس ابتدایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ و مادران آنها بودند که نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر از این کودکان و مادرانشان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه مادران ده جلسه آموزشی درمان مبتنی بر دلبستگی و گروه کودکان ده جلسه فراشناخت‌درمانی ۶۰ دقیقه‌ای را دریافت کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه پرخاشگری (باس و پری، ۱۹۹۲) و سیاهه رفتاری کودکان (آخنباخ، ۲۰۰۱) بود. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس بررسی شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد فراشناخت‌درمانی و درمان مبتنی بر دلبستگی بر مشکلات رفتاری برون‌نمود کودکان پسر پرخاشگر مؤثر است ($p < 0/05$). همچنین بر اساس نتایج حاصل از آزمون تعقیبی، بین میزان تأثیر دو روش فراشناخت‌درمانی و درمان مبتنی بر دلبستگی، تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: بنا بر یافته‌های حاصل از پژوهش، می‌توان از فراشناخت‌درمانی و درمان مبتنی بر دلبستگی در کاهش مشکلات رفتاری برون‌نمود کودکان پرخاشگر استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: فراشناخت‌درمانی، درمان مبتنی بر دلبستگی، مشکلات رفتاری برون‌نمود، پرخاشگری

*نویسنده مسئول: صدیقه گله‌گیریان، دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر، بوشهر، ایران.

ایمیل: Sed_Galeghirian@yahoo.com تلفن: ۰۷۷ - ۳۳۶۸۲۳۰۵

مقدمه

بررسی تاریخچه بزرگسالانی که دچار مشکلات روانی هستند نشان داده است که این افراد دوران کودکی نابسامانی داشته یا در دوره‌ای از تحول خود، برخی آشفتگی‌های هیجانی و رفتاری را تجربه کرده‌اند. از آن جایی که اختلال‌های دوران کودکی معمولاً تا سنین بزرگسالی استمرار می‌یابند، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان آنها معطوف شده است (۱). یکی از مشکلات روان‌شناختی دوران کودکی پرخاشگری است که می‌تواند آسیب فراوانی به کیفیت ارتباط اجتماعی و تحصیلی کودکان وارد کند (۲). پرخاشگری معمولاً رفتاری است که به قصد صدمه رساندن به خود یا فرد دیگر و یا تخریب اشیاء صورت می‌گیرد. پرخاشگری ممکن است به شیوه‌های متفاوتی خود را نشان دهد. خصومت، نشان‌دهنده جنبه شناختی پرخاشگری و خشم، نشان‌دهنده جنبه هیجانی آن است. جنبه رفتاری پرخاشگری نیز به شکل کلامی و جسمانی بروز می‌کند (۳). گاهی پرخاشگری ناشی از یک احساس ناامنی است که در حقیقت این یک پاسخ دفاعی به وضعیت ناامنی است که در آن قرار گرفته است (۴).

کودکان پرخاشگر مشکلات خود را به صورت برون‌نمود^۱ نشان می‌دهند (۵). اختلال‌های روان‌شناختی کودکان در دو دسته عمده مشکلات درون‌نمود^۲ و برون‌نمود دسته‌بندی می‌شود (۶). اختلال‌های رفتاری برون‌نمود شامل مشکلاتی است که تظاهر بیرونی دارند و در تعارض با دیگر افراد و محیط قرار می‌گیرند و شامل رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرانه‌ای هستند که شامل اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، اختلال رفتار هنجاری^۳، و اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند (۷). در مقابل مشخصه اصلی اختلال‌های درون‌نمود، رفتارهای بیش از حد مهارشده‌ای است که معطوف به درون هستند. نشانه‌های درون‌نمود شامل سکوت

زیاد، اضطراب، افسردگی، بازداری، ناامیدی، کناره‌گیری، انزوای اجتماعی، و شکایات جسمانی هستند (۸).

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که کیفیت ارتباطی والدین با فرزندان و همچنین کیفیت ارتباطی آنها یکی از پیش‌بین‌های قوی برای مشکلات رفتاری کودکان مانند پرخاشگری به شمار می‌رود (۹). ون‌واگنر (به نقل از ۱۰) معتقد است که شکست در شکل دادن دلبستگی مطمئن در ماه‌های اولیه زندگی، می‌تواند تأثیرات منفی روی رفتارهای دوران کودکی و نیز بزرگسالی داشته باشد. کودکانی که دارای اختلال‌های روان‌شناختی نظیر پرخاشگری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند، غالباً دچار مشکلات دلبستگی در ارتباط با والدین هستند (۹). بهنک معتقد است که بسیاری از اشکال روان‌آزردگی‌ها و اختلال‌های شخصیت حاصل محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا عدم ثبات رابطه کودک با چهره دلبستگی است (۱۱).

پژوهش حاضر از درمان دلبستگی‌محور بهره برده است، چراکه توماس^۴ (به نقل از ۱۲) و پرل (۱۳) معتقدند که مناسب‌ترین درمان برای کودکان مبتلا به اختلال‌ها و مشکلات دلبستگی همچون اختلال پرخاشگری، انجام مداخله دلبستگی‌درمانی است. کودکان دارای مشکلات دلبستگی که تحت درمان‌های مبتنی بر دلبستگی قرار می‌گیرند، کم‌کم می‌آموزند که بزرگسالان می‌توانند قابل‌اعتماد، کمک‌کننده و تأمین‌کننده ایمنی باشند و به او آزار نمی‌رسانند (۱۴). هدف اصلی این روی آورد، ایجاد یک پایگاه و تکیه‌گاه ایمن برای کودک در خانواده است. آموزش به خانواده مبنی بر اینکه چطور می‌توانند برای یکدیگر تکیه‌گاه ایمنی به وجود بیاورند، به اعضای خانواده کمک می‌کند که برای رفع مسائل و مشکلات خانواده در طول جلسات درمان و پس از آن از این روش‌ها استفاده کنند (۱۵). پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر دلبستگی توانسته منجر به بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی افراد گوناگون شود (۱۶ و ۱۷).

1. Externalizing problems
2. Internalizing problems
3. Conduct disorder

4. Thomas

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر کیفیت دلبستگی و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرداختند که نتایج بیانگر اثر معنادار این درمان بود. از طرفی نتایج پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند که درمان فراشناختی بر آسیب‌ها و اختلال‌های روان‌شناختی همانند اضطراب (۲۲)، افسردگی (۲۳)، و مشکلات یادگیری (۲۴) تأثیرگذار است. بر همین اساس نتایج پژوهش اصلی آزاد و همکاران (۲۵) نشان داد که درمان فراشناختی به عنوان یک درمان اثربخش برای مشکلات کودکان دارای نارسایی توجه به شمار می‌رود. حال با توجه به کارآیی روش‌های درمانی مبتنی بر دلبستگی و فراشناخت درمانی و همچنین کمبود زمینه پژوهشی در ایران برای بررسی اثربخشی این دو درمان بر مشکلات برون‌نمود، در این پژوهش سعی بر آن شد تا تأثیر این دو درمان بر مشکلات برون‌نمود مورد بررسی قرار گیرد؛ بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر میزان اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی و درمان فراشناختی بر مشکلات برون‌نمود کودکان پسر پرخاشگر است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. متغیرهای مستقل درمان مبتنی بر دلبستگی و فراشناخت درمانی و متغیر وابسته مشکلات رفتاری برون‌نمود بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمام کودکان پسر پرخاشگر ۹ تا ۱۲ ساله مشغول به تحصیل در آموزشگاه‌های شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ و مادران آنها تشکیل می‌دادند که نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر از این کودکان و مادران‌شان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شده‌اند. بدین صورت که با مراجعه به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان، کودکان پسر پرخاشگر که به این مراکز مراجعه کرده بودند (تعداد ۷۳ کودک)، مورد

دیگر درمان فردمحور قابل طرح در حوزه کودکان با مشکلات روان‌شناختی و رفتاری، فراشناخت درمانی^۱ است. نخستین بار ولز^۲ درمان فراشناختی را معرفی کرد. این روش درمانی از روش استاندارد شناختی و رفتاری متفاوت است، زیرا به جای این که درمان با رویارویی‌های مکرر و طولانی مدت با خاطرات مربوط به ضربه روانی باشد، شامل ارتباط با افکار و رفتار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر سازش‌نا یافته و یا نسنجیده در مورد نگرانی و نظارت غیرقابل انعطاف بر رفتار را از بین ببرد. آنچه در اینجا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر و رفتار را مهار می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد. این عوامل اساس نظریه فراشناختی است (۱۸).

بایلر و اسنومن^۳ فراشناخت را به عنوان دانش افراد، درباره فرآیندهای شناختی‌شان و چگونگی استفاده بهینه جهت دستیابی به اهداف یادگیری تعریف کرده‌اند (به نقل از ۱۹). مؤلفه‌های فراشناختی دربرگیرنده کلی‌ترین اندیشه‌ها و باورها و مهارت‌های اجرایی مستقل از محتوا هستند که در حافظه بلندمدت شخص اندوخته می‌شوند و به هنگام مواجهه با تکالیف شناختی، فراخوانده می‌شوند. مؤلفه‌های فراشناختی دو کنش مهم بر عهده دارند: هم شامل دانش مربوط به موضوع‌های شناختی می‌شوند و شخص را نسبت به ویژگی‌های تفکر و شناخت خود آگاه می‌سازند و هم فعالیت‌ها و کنش‌های شناختی را تنظیم می‌کنند. تنظیم شناخت شامل سه مهارت اساسی برنامه‌ریزی، بازبینی، و ارزشیابی است (۲۰).

پژوهش‌های پیشین کارآیی روش‌های درمانی دلبستگی-محور را بر مشکلات کودکان از جمله سلامت روان دختران دبستانی (۱۶) و کاهش اضطراب جدایی (۱۷) نشان داده‌اند. در همین راستا صدری، زارع بهرام‌آبادی، و غیائی (۲۱) به

1. Meta Cognition Therapy
2. Wells
3. Bieler & Snowman

شناسایی اولیه قرار گرفتند. سپس به این افراد پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۲۶) ارائه داده شد. پس از پاسخگویی آنها و نمره‌گذاری پرسشنامه مشخص گردید که تعداد ۶۱ نفر از آنها دارای پرخاشگری معنادار هستند. سپس تعداد ۴۵ نفر از آنها به شکل تصادفی انتخاب و در گروه‌های آزمایش (گروه آزمایش درمان مبتنی بر دلبستگی و گروه آزمایش درمان فراشناختی) و گروه گواه به شکل تصادفی جایدهی شده‌اند. در مرحله بعد از مادران گروه آزمایش درمان مبتنی بر دلبستگی جهت شرکت در جلسات آموزشی دعوت گردید (چون مداخله درمان مبتنی بر دلبستگی برخلاف فراشناخت درمانی بر روی مادران اجرا می‌گردد).

ب) ابزار

۱. پرسشنامه پرخاشگری کودکان و نوجوانان: این پرسشنامه توسط باس و پری در سال ۱۹۹۲ تهیه و موردبازنگری قرار گرفته است (۲۶). یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۹ گویه و چهار خرده‌مقیاس خشم، پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، و خصومت است (۲۶). نمره‌گذاری این پرسشنامه به روش لیکرت و در یک طیف ۵ درجه‌ای است. نتایج ضریب بازآزمایی برای چهار خرده‌مقیاس ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ و همبستگی بین چهار خرده‌مقیاس ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ به‌دست آمده است. جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشانگر همسانی درونی خرده‌مقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ بوده است و روایی صوری و محتوایی مقیاس مورد تأیید است (۲۷). در پژوهش حاضر، میزان اعتبار خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۵ و برای نمره کل پرخاشگری ۰/۸۳ محاسبه گردید.

۲. پرسشنامه فهرست رفتاری کودکان: در این پژوهش از فهرست رفتاری کودکان، از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ^۱ استفاده شد. این فهرست مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/افسردگی، انزوا/افسردگی، شکایت‌های

جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد، و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد (۱۷ سؤال) و رفتار پرخاشگرانه (۱۸ سؤال)، مشکلات رفتاری برون نمود را تشکیل می‌دهند که به صورت صفر (درست نیست)، یک (تا حدی درست) و دو (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شوند (۶). در هنجاریابی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های فهرست رفتاری کودکان بین ۰/۸۷ (برای مقیاس رفتاری برون نمود) و ۰/۷۳ (برای مشکلات اجتماعی) قرار دارد. اعتبار بازآزمایی (در فاصله ۵ تا ۸ هفته) نیز نشان داد که همه ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند و بین دامنه ۰/۹۷ (برای مقیاس‌های رفتاری برون نمود) و ۰/۳۸ (برای مقیاس مشکلات تفکر) قرار دارند (۲۸). در پژوهش حاضر، میزان اعتبار دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۰ و برای نمره کل اختلال برون نمود ۰/۸۱ محاسبه گردید.

ج) برنامه مداخله‌ای: جلسات درمان فراشناختی (۱۷) و درمان مبتنی بر دلبستگی (۲۹) در طی ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه به مدت ۳ ماه اجرا گردید. شروع هر یک از برنامه‌های درمانی با اجرای پیش‌آزمون و پایان جلسات با اجرای پس‌آزمون همراه بوده است. خلاصه جلسات درمانی در جدول‌های ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان فراشناختی

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	معرفه، اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط بین اعضای گروه و بیان هدف از اجرای طرح برای والدین و کودکان.
جلسه دوم	تشریح کاربرد و اهمیت به کار بستن راهبردهای فراشناختی و برای دانش‌آموزان توضیح داده شد که چنانچه هنگام فعالیت‌ها و انجام تکالیف از روش‌های معینی کمک بگیرند در فعالیت‌های ارتباطی می‌توانند عملکرد بهتری داشته باشند. بنابراین برای اینکه بتوانند یک رفتار سنجیده‌تر و متمرکزتری داشته باشند، باید چندین گام بردارند.
جلسه سوم و چهارم	ارائه گام‌ها به دانش‌آموزان: گام اول: یک محیط جدید و یک رفتار جدید را در ذهن خود متصور شوند. گام دوم: آن محیط و رفتار جدید را تفسیر کنند (تفسیر کردن) گام سوم: رفتارهای مناسب با آن وضعیت جدید را در ذهن خود ترسیم کنند (مجسم‌سازی) گام چهارم: فکر کنند که به چه شیوه‌هایی می‌توانند به ابراز رفتار در آن محیط جدید پردازند (زمینه‌سازی) گام پنجم: بهترین شیوه را حدس بزنند و آن را انتخاب کنند. گام ششم: به دقت موارد را مورد بازبینی قرار دهند.
جلسه پنجم	برای دانش‌آموزان موارد جدید محیطی داده شد و از آنها خواسته شد که از طریق کارت راهنما، گام‌های ارائه‌شده را انجام دهند.
جلسه ششم	خودراهنمایی آشکار: در این مرحله از دانش‌آموزان خواسته شد تا موارد ارائه‌شده را با صدای بلند تکرار کنند و با استفاده از کارت راهنما و به‌کارگیری گام‌های آموخته‌شده رفتارهای مورد انتظار را انجام دهند، با این تفاوت که در این مرحله در صورت نیاز تنها به ارائه سرخ‌های جزئی کلامی اکتفا شد.
جلسه هفتم	خودراهنمایی کاهنده: هدف، این مرحله درونی کردن روش آموخته‌شده است؛ بنابراین ابتدا برای دانش‌آموزان شرح داده شد که از این به بعد روشی را که یاد گرفته‌اند را در درون خود تمرین کنند. برای این منظور ابتدا یک محیط جدید ذهنی به عنوان الگو ارائه و رفتارهای کنشی بهنجار با استفاده از گام‌های ارائه‌شده پیشنهاد شد. سپس از دانش‌آموزان خواسته شد که آنها نیز همان‌گونه عمل نمایند.
جلسه هشتم	تکرار آموزش‌های جلسه هفتم با این تفاوت که به آنها توصیه شد که کمتر به کارت راهنما نگاه کنند.
جلسه نهم	ارائه رفتارهای کنشی ساختارمند بدون بیان مراحل: در این مرحله از دانش‌آموزان خواسته شد تا رفتارهای کنشی مناسب را بدون استفاده از کارت‌های راهنما بیان کنند.
جلسه دهم	بازبینی آموزش‌های جلسات گذشته و مروری به تکالیف آنها و اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر دل‌بستگی

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	معرفه، اجرای پیش‌آزمون، توضیح دل‌بستگی، علائم پرخاشگری در کودکان و چگونگی ارتباط آن با دل‌بستگی نایمن در کودکان و روند معیوبی که می‌تواند موجب بروز پرخاشگری شود و ضرورت درمان به موقع.
جلسه دوم	منطق درمان مبتنی بر دل‌بستگی و تعیین اهداف درمان، تشریح نیازهای روانی و جسمانی کودک و لزوم پاسخ‌دهی به نیازها، آموزش فن در دسترس بودن مادر، آموزش فن قصه‌سازی و تمرین آن.
جلسه سوم	تشریح اهمیت ارتباط کلامی مثبت مادر و کودک در تحول عاطفی و هیجانی بهنجار کودک، آموزش فن ارتباط کلامی با کودک، فن قصه‌گویی برای کودک، قصه‌سازی درباره پرسش و پاسخ و ارتباط کلامی مادر-کودک، قصه‌سازی درباره تفهیم جایگاه کودک در خانواده و ایجاد احساس ارزشمندی در کودک.
جلسه چهارم	تشریح اهمیت ارتباط مثبت با کودک و لزوم تداوم و ثبات رفتار مثبت به منظور ترمیم حس اعتماد مختل در کودک، پرهیز از تظاهر و رفتارهای غیرواقعی در ارتباط با کودک، آموزش راهکار تماس (جسمی و به ویژه چشمی)، قصه‌سازی درباره چگونگی ابراز محبت واقعی به کودک، در آغوش کشیدن، نوازش کردن و بوسیدن کودک.
جلسه پنجم	آموزش فن بازی والد-کودک و ایجاد شرایط بازی و تفریح گروهی برای کودک، تسهیل روابط دوستی کودک با همگنان و تشویق او به ایجاد ارتباط، فراهم کردن زمینه مشارکت فعال کودک در وظایف گروهی در مدرسه قصه‌سازی درباره همراهی فعال با کودک در بازی، شوخی با کودک و خنداندن وی.
جلسه ششم	آموزش اهمیت همکاری فعال در امور کودک به منظور افزایش تعامل مثبت مادر-کودک، قصه‌سازی درباره چگونگی همکاری و تعامل مادر-کودک در امور مربوط به کودک و پرهیز از اجبار، آموزش فن قوت بخشیدن به روابط کودک با همکلاسان و همگنان.
جلسه هفتم	بررسی مسائل رفتاری حل‌نشده در کودکان و بحث و تبادل نظر با والدین در مورد میزان تأثیر درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر میزان مشکلات رفتاری قبلی کودکان، آموزش شاد و مهیج ساختن محیط زندگی کودک، آموزش فن تقویت کلامی کودک، قصه‌سازی درباره ایجاد جو ارتباط مثبت اعضای خانواده با یکدیگر و پرهیز از انزوای کودک.
جلسه هشتم	آموزش فن مدیریت تنیدگی در خانواده متمرکز بر کاهش میزان اضطراب کودک، آموزش فن اطمینان‌بخشی به کودک در مورد حمایت همیشگی

والدین از کودک و ترسیم آینده روشن برای کودک، قصه‌سازی درباره افزایش تفریح‌های شاد والد- کودک		
توجه مادران برای آموزش فن مهار هیجان‌ها به کودک در زمان بروز پرخاشگری، قصه‌سازی درباره چگونگی مهار هیجان‌ها در مورد رفتارهای هدف و تمرین با مادران	جلسه نهم	۹
بحث و تبادل نظر در مورد موانع موجود در به کارگیری مهارت‌های آموزش داده شده، تشریح اهمیت تداوم عمل به آموخته‌ها به منظور ایجاد اعتماد و اطمینان و ترمیم دلبستگی مادر- کودک، بحث و تبادل نظر در مورد میزان دستیابی به اهداف اولیه طرح درمانی و در نهایت جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون	جلسه دهم	۱۰

اطمینان داده شد که آنها نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

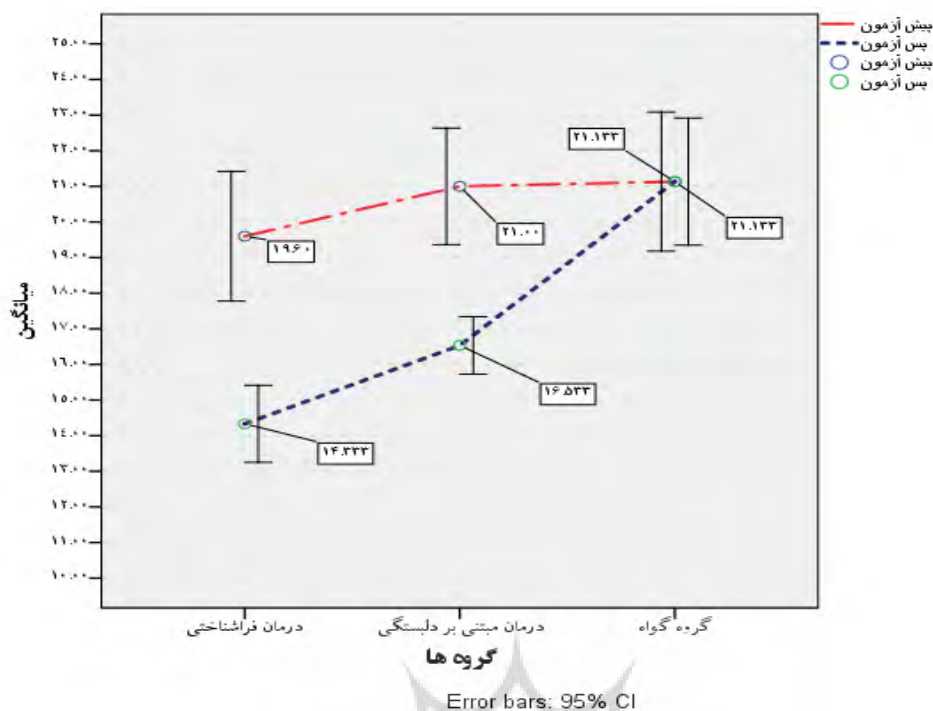
یافته‌ها

در قسمت نتایج ابتدا به بررسی یافته‌های توصیفی پژوهش (میانگین و انحراف معیار) پرداخته شد و سپس بررسی پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک (آزمون کلموگراف- اسمیرنف: جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای و آزمون لوین: جهت بررسی همگنی واریانس نمرات) پرداخته شد و در انتها یافته‌های استنباطی پژوهش ارائه شد. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه و در نمودار ۱، تغییرات میانگین نمرات مشکلات برون‌نمود در دو گروه ارائه شده است.

د) روش اجرا: ابتدا مجوزهای مربوطه جهت اجرای پژوهش، از آموزش و پرورش گرفته شد و با مراجعه به مرکز مشاوره آموزش و پرورش و انتخاب حجم نمونه و جایدهی آنها در گروه‌های آزمایش و گواه فرایند اجرایی پژوهش آغاز گردید. بدین صورت که قبل از انجام مداخلات آموزشی، پرسشنامه‌های پژوهش توسط گروه‌های آزمایش و گواه، تکمیل و سپس افراد دو گروه آزمایش مداخلات آموزشی را به شکل جداگانه دریافت کردند، درحالی که گروه گواه مداخلات آموزشی را دریافت نکرد. همچنین درمان مبتنی بر دلبستگی به مادران کودکان گروه آزمایش ارائه داده شد و درمان فراشناختی را کودکان حاضر در گروه آزمایش دوم دریافت نمودند. داده‌های پژوهش با استفاده از نسخه ۲۰ نرم‌افزار آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت اولیاء و دانش‌آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

پیش فرض نرمال بودن	پس‌آزمون		پیش‌آزمون		مشکلات
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۵۴	۲/۹۵	۱۴/۳۳	۳/۲۹	۱۹/۶۰	گروه آزمایش درمان فراشناختی
۰/۳۳	۲/۴۵	۱۶/۵۳	۳/۹۵	۲۱	گروه آزمایش درمان دلبستگی
۰/۲۷	۳/۲۲	۲۳/۱۳	۳/۵۲	۲۱/۱۳	گروه گواه



نمودار ۱: نمودار توصیفی تغییرات میانگین نمرات مشکلات برون‌نمود در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نیز نتایج بیانگر آن بودند که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی معنادار نیست ($p > 0/05$)؛ بدین معنا که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیر مشکلات برونی‌سازی شده برقرار بوده است. بالأخره نتایج آزمون t نشان داد که پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش (گروه آزمایش درمان مبتنی بر دل‌بستگی و درمان فراشناختی) و گروه گواه در متغیر وابسته (مشکلات برونی‌سازی شده) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس جهت بررسی معناداری تأثیر درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر دل‌بستگی در جدول ۴ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ و نمودار ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات مشکلات رفتاری برون‌نمود در گروه‌های آزمایش درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر دل‌بستگی در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است؛ بنابراین جهت بررسی معناداری این کاهش به بررسی نتایج تحلیل کوواریانس پرداخته می‌شود. قبل از ارائه نتایج تحلیل کوواریانس برقراری مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنف بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس با استفاده از آزمون لوین بیانگر عدم معناداری آماره آن بود ($p > 0/05$). در بررسی

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس جهت بررسی معناداری تأثیر درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر مشکلات برون‌نمود

شاخص تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش‌آزمون	۷۱/۴۱	۱	۷۱/۴۱	۱۸/۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹
گروه‌بندی	۳۰۰/۰۵	۲	۱۵۰/۰۲	۳۹/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱
خطا	۱۵۷/۳۸	۴۱	۳/۸۴				

فراشناختی و درمان مبتنی بر دلبستگی بر مشکلات برون‌نمود کودکان پسر پرخاشگر ۰/۶۵ بوده است. این بدان معناست که ۶۵ درصد تغییرات متغیر وابسته توسط عضویت گروهی تبیین می‌شود. حال برای تعیین اینکه این تفاوت معنادار در کدام جفت از گروه‌ها است، از آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها

جفت مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده	خطای استاندارد	سطح معناداری
گروه گواه با گروه آزمایش درمان فراشناختی	۶/۱۸	۰/۷۳	۰/۰۰۰
گروه گواه با گروه آزمایش درمان مبتنی بر دلبستگی	۴/۵۴	۰/۷۱	۰/۰۰۰
گروه آزمایش درمان فراشناختی با درمان مبتنی بر دلبستگی	-۱/۶۴	۰/۷۲	۰/۰۹

با توجه به نتایج جدول ۴، آموزش متغیرهای مستقل (آموزش درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر دلبستگی) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیر وابسته در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد؛ بنابراین این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیرهای مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، میانگین نمرات مشکلات برون‌نمود کودکان پسر پرخاشگر کاهش یافته است. مقدار تأثیر آموزش درمان

قبلی نیز به‌نوعی در نتایج پژوهش خود اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر دلبستگی را بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان با مشکلات رفتاری نشان داده‌اند. یافته حاصل از پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر درمان فراشناختی بر مشکلات برون‌نمود کودکان پسر پرخاشگر را می‌توان این‌چنین تبیین نمود که اطلاعاتی که از نظارت فراشناخت منشعب می‌شوند اغلب به صورت احساس‌های ذهنی تجربه می‌شوند و این احساس‌های ذهنی می‌توانند بر رفتار تأثیرگذار باشند. این تأثیرها قبل از اینکه در رفتار نمایان شوند در پردازش ذهنی تأثیر خود را اعمال می‌نمایند (۳۲). شاید بتوان گفت که علت این امر آن است که فراشناخت ناظر بر شناخت، شیوه پردازش و سازماندهی فکری است. در کودکان به‌نحوا همزمان با تحول فرایند شناختی، دانش فراشناختی نیز فرایند تحولی مشابهی را طی می‌کند و اثرگذاری دانش فراشناختی بر یادگیری، پردازش شناختی، شیوه‌های سازماندهی تفکر، و ابراز هیجان‌ها و رفتارها در این کودکان اغلب به صورت خودکار اتفاق می‌افتد. چنانکه این کودکان در یادگیری، پردازش شناختی و شیوه‌های رفتاری، با به‌کارگیری این دانش، هم به شیوه‌های یادگیری خود و هم به چگونگی ابراز هیجان و رفتارشان تسلط کافی دارند؛ اما در کودکان مبتلا به

بر اساس نتایج جدول ۵، هر دو گروه آزمایش تفاوت معناداری با گروه گواه دارند، درحالی‌که تفاوت بین گروه‌های آزمایش درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر دلبستگی معنادار نیست. این بدان معناست که هر دو روش درمان مبتنی بر دلبستگی و درمان فراشناختی دارای تأثیر معنادار بر مشکلات برون‌نمود کودکان پسر پرخاشگر بودند، اما تفاوت بین میزان تأثیرگذاری آنها معنادار نبوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر دلبستگی بر اختلال‌های رفتاری برون‌نمود کودکان پسر دارای پرخاشگری صورت پذیرفت. نتایج تحلیل نشان داد، فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر دلبستگی بر مشکلات برون‌نمود کودکان پسر پرخاشگر مؤثر است. این در حالی است که بنا بر نتایج حاصل از آزمون تعقیبی، بین میزان تأثیر دو روش فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر دلبستگی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش مارتینز و کافان (۳۰)، پارنل (۱۳)، کورم، اسنیر و رجو (به نقل از ۳۱) و اصلی‌آزاد و همکاران (۲۵) همسو بود. چنان‌که پژوهشگران

کودک و... ارتباط والد- کودک را تقویت نموده و به تدریج بی‌اعتمادی ناشی از نایمنی دلبستگی را به رابطه‌ای بر پایه اعتماد تبدیل نمود و به طبع آن تصحیح ارتباط والد- کودک نیز تا حد زیادی رفتارهای منفی کارانه و مقابله‌ای و پرخاشگری کودکان را کاهش داد.

پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی همانند محدود بودن نتایج پژوهش به دوره تحصیلی و منطقه جغرافیایی خاص و محدود بودن ابزار اندازه‌گیری به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزارها مواجه بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در سایر دوره‌های تحصیلی، جنس دختر و سایر مناطق جغرافیایی صورت پذیرد تا قدرت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که ترتیبی داده شود که از روش درمانی مبتنی بر دلبستگی و فراشناخت درمانی در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ادارات آموزش و پرورش استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در دوره‌های ضمن خدمت و کارگاهی تمهیداتی جهت آموزش این روش‌های درمانی برای مشاوران مقاطع مختلف ترتیب داده شود تا آنها شیوه کاربست این روش‌ها را در درمان اختلال‌های رفتاری برون‌نمود پسران دارای پرخاشگری آموخته و به کار بینند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی افراد حاضر در پژوهش، مسئولین سازمان آموزش و پرورش و مراکز مشاوره مربوطه و تمامی افرادی که در فرایند انجام پژوهش حاضر همکاری داشتند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشکلات رفتاری همچون پرخاشگری برخلاف کودکان بهنجار فرایند فراشناختی به شیوه‌ای خودکار صورت نمی‌پذیرد؛ بنابراین آموزش دانش فراشناختی که فرایندی نظارتی است، به آنها کمک می‌کند که فکر کنند، قبل از آنکه عمل کنند و این فرایندی است که در کودکان بهنجار نیز با همین روند اتفاق می‌افتد. این فرایند سبب می‌شود که کودکان پرخاشگر از بازداری رفتاری بیشتر بهره برده و نتایج این فرایند کاهش مشکلات برونی‌سازی شده در نزد آنها است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مهم‌ترین عامل در پیش‌بینی بزهکاری کودکان و نوجوانان، کیفیت روابط خانوادگی و کیفیت دلبستگی آنهاست. به‌طور کلی کودکان و نوجوانان دارای مشکلات رفتاری در خانواده‌های سهل‌انگار، نامتعادل، یا بی‌اندازه سختگیر تحول پیدا کرده‌اند که در آنها والدین برای برقراری انضباط بیشتر، به تنبیه‌های بدنی متوسل می‌شدند که این فرایند سبب عدم شکل‌گیری صحیح رابطه‌های مبتنی بر دلبستگی می‌گردد (۳۳).

ارتباط والد- کودک نیز بدون وجود اعتماد کامل دوطرفه، ارتباط ایمن و مطلوبی محسوب نمی‌شود و نتیجه آن چیزی به جز مشکلات رفتاری کودک در برابر مادر و دیگران نخواهد بود. مطالعات جدید نشان می‌دهند که نافرمانی و رفتارهای منفی کارانه کودکان تا حد بسیار زیادی با نایمنی دلبستگی و ارتباط نامطلوب والد^{۳۴} کودک در ارتباط است (۳۴). در تأیید این نکته کینگ و نیونهام (۳۵) نیز پایه اصلی مشکلات رفتاری کودکان را معلول مشکلات و اختلال‌های دلبستگی می‌دانند و معتقدند که درمان‌های مبتنی بر دلبستگی به بهبود تعاملات والد^{۳۶} کودک کمک می‌کنند. درمان مبتنی بر دلبستگی با به کار گرفتن فنونی مثل آموزش در دسترس بودن مادر، تأمین نیازهای جسمانی و روانی کودک، تأمین امنیت کودک، تماس جسمی و به ویژه تماس چشمی، پاسخگو بودن، افزایش زمان گفتگو، بازی و تعامل دو به دو با

References

1. Gimpel GA, Holland ML. Emotional and behavioral problem of young children: Effective intervention in the preschool and kindergarten years. New York: Guildford; 2003, PP: 78-79.
2. Van Lier P, Vitaro F, Eisner M. Preventing aggressive and violent behavior: Using prevention programs to study the role of peer dynamics in maladjustment problems. *Eur J Crim Pol Res.* 2007; 13(3- 4): 277-296.
3. Goodwin T, Pacey K, Grace M. Child reach: Violence prevention in preschool settings. *J Child Adolesc Psychiat Nurs.* 2003; 16(2): 52-60.
4. Martin SE, Boekamp JR, McConville DW, Wheeler EE. Anger and sadness perception in clinically refereed preschoolers: Emotion processes and externalizing behavior symptoms. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2010; 4 (1): 30-46.
5. Mash EJ, Barkley RA. Child psychopathology. First edition. New York: Guildford; 2002, PP: 108-48.
6. Lavaf H, Shokri A, Ghanbari S. The mediating role of couples communication patterns in the relationship between marital conflict and internalized and externalized disorders in girls. *Family psychology.* 2014; 2(1): 3-18. [Persian].
7. Allen JP, Porter MR, McFarland FC, McElhanev KB, Marsh PA. The relation of attachment security to adolescents paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Dev.* 2007; 78: 1222-1239.
8. Marchant R, Solano BR, Fisher AK, Caldarella P, Young KR, Renshaw TL. Modifying socially withdrawn behavior: A playground intervention for students with internalizing behaviors. *Psychol Sch.* 2007; 44(8): 779-794.
9. Besharat ME, Dehghani S, Tvallaeian F. Mediating role of early maladaptive schemas on the relationship between parenting styles and marital problems. *Family Psychology.* 2014; 1(1): 3-18. [Persian].
10. Guttman S, Crowell J. Attachment and externalizing disorders: A developmental psychopathology perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006; 45(4): 440-451.
11. Behnke P. Enhancing parent- child relation in children with characteristic of birth oppositional defiant disorder and attention deficit hyperactivity disorder. [Dissertation of philosophy]. University of Toronto; 2002, PP: 65-68.
12. Weir KN. Playing for keeps: Integrating family and play therapy to treat reactive attachment disorder. In: Drewes A, Bratton SC, Schaefer CE, editor. *Hand book of Integrative Play Therapy.* Chichester: Willey; 2011, PP: 192-231.
13. Purnell C. Attachment theory and attachment- based therapy. In: Green M, Scholes M, editors. *Attachment and human survival.* London: Karnac Books; 2004.
14. Bettemann JE, Tucker AR. Shifts in attachment relationships: A study of adolescents in wilderness treatment. *Child youth care forum.* 2011; 40(6): 499-519.
15. Bettemann JE, Tucker AR. Shifts in attachment relationships: A study of adolescents in wilderness treatment. *Child youth care forum.* 2011; 40(6): 499-519.
16. Jahanbakhsh M, Bahadori MH, Amiri SH, Jamshidi A. Effect of attachment-based therapy on mental health in girls with attachment problems. *J Ment Health.* 2011; 3(14): 140-51. [Persian].
17. Zolfeqari Motlaq M, Jazayeri E, Khoshabi K, Mazaheri ME, Karimlo M. Effectiveness of attachment based therapy on reduction of symptoms in separation anxiety disorder. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology.* 2009; 14(4): 380-88. [Persian].
18. Wells A. *Meta-cognitive therapy for anxiety and depression.* First edition. London: The Guild Ford Press; 2009, PP: 154-158.
19. Efklides A. Metacognition and affect: What can metacognitive experiences tell us about the learning process? *Educational Research Review.* 2006; 1(1): 3° 14.
20. Mohseni N. *Theories in developmental psychology.* First edition. Tehran: Pardis publication; 2004, PP: 84-85. [Persian].

21. Sadri M, Zare Bahram Abadi M, Ghiasi M. Effectiveness of attachment- oriented therapy on the quality of attachment and social skills in children with oppositional defiant disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2017; 3(2): 21-32. [Persian].
22. Hjemdal O, Hagen R, Solem S, Nordahl H, Kennair LEO, Ryum T, Nordahl HM, Wells A. Metacognitive therapy in major depression: An open trial of comorbid cases. *Cogn Behav Pract*. 2017; 24(3): 312-318.
23. Hjemdal O, Hagen R, Nordahl HM, Wells A. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: Nature, evidence and an individual case illustration. *Cogn Behav Pract*. 2013; 20(3): 301-313.
24. Yar Mohammadian A, Asli Azad M. The effect of metacognitive and spatial relationships on mathematics achievement of children with learning disabilities in math. *J Clin Psychol*. 2012; 4(2): 61-70. [Persian].
25. Asli Azad M, Faramarzi S, Arefi M, Farhadi T, Fakkar A. Effects of metacognition training on the improvement of mathematical function in children with mathematic learning disability. *Advances in Cognitive Science*. 2014; 16(1): 48-57. [Persian].
26. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol*. 1992; 63: 452-459.
27. Buss AH, Perry A. Aggression scale. Mohammad Majdi M. (Persian translator). Tehran: Azmoon Yar Pouya consociation; 2008. [Persian].
28. Minaei A. Adaptation and standardization of Achenbach child behavior checklist, self-report questionnaire and teacher report Form. *Research on Exceptional Children*. 2006; 6(1): 529-58. [Persian].
29. Jahanbakhsh M, Amiri SH, Bahadoro MH, Moulavi H, Jamshidi A. Effect of attachment-based therapy on depression symptoms in girls with attachment problems. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2012; 9(4): 250-259. [Persian].
30. Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant- mother attachment: A metaanalytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000; 41(6): 737-46.
31. Corem S, Snir S, Regev D. Patients attachment to therapists in art therapy simulation and their reactions to the experience of using art materials. *Arts Psychother*. 2015; 45: 11-17.
32. Nelson TO, Kruglanski AW, Jost TJ. Knowing thyself and others: Progress in metacognitive social psychology. In: Yzerbyt VY, Lories G, Dardenne B, editors. *Metacognition: Cognitive and social dimensions*. London: Sage; 1998, PP: 69-89.
33. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: A comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 109(6): 447-56.
34. Kashdan TB, Jacob RG, Pelham WE, Lang AR, Hoza B, Blumenthal JD, Elizabeth M. Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004; 33(1): 169-181.
35. King MG, Newnham K. Affective anomia: An interventional focus for attachment disorder. *Australian Journal of Educational and Developmental Psychology*. 2008; (8): 103- 113.

Comparison of the Effect of Metacognitive Therapy and Attachment-Based Therapy on Externalizing Problems in Aggressive Children

Sadigheh Galle Girian^{*1}, Ezzat Deireh²

1. Ph.D. Student of Psychology, Islamic Azad University, Boushehr Branch, Boushehr, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Boushehr Branch, Boushehr, Iran

Received: December 05, 2016

Accepted: February 13, 2017

Abstract

Background and Purpose: Children's behavioral problems such as aggression can seriously harm children's social interactions. The aim of this study was to investigate the effectiveness of metacognitive therapy and attachment-based therapy on externalizing problems in children with aggression.

Method: The research method was semi-experimental with pre-test-post-test design with control group. The statistical population consisted of all aggressive male children in primary school in Isfahan during the school year 2015-2016 and their mothers. A sample of 45 of these children and their mothers was selected by available sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. The mothers group received ten training sessions on attachment therapy and the children received 10 sessions of metacognitive therapy for 60 minutes. The instruments were aggression questionnaire (Bus & Preey, 1992) and children behavioral Inventory (Achenbakh, 2001). Data were analyzed using covariance analysis.

Results: The results showed that metacognitive therapy and attachment-based treatment were effective on externalized problems of male children with aggression ($P < 0.05$). Also, based on the results of post hoc test, there was no significant difference between the effect of metacognitive therapy and attachment-based therapy ($P > 0.05$).

Conclusion: Based on the findings of this study, meta-cognitive therapy and attachment therapy can be used to reduce the behavioral problems of aggressive children.

Keywords: Metacognitive therapy, attachment-based therapy, externalized problems, aggression

Citation: Galle Giran S, Deireh E. Comparison of the effect of meta-cognitive therapy and attachment-based therapy on externalizing problems in aggressive children. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2017; 4(1): 24-34.

***Corresponding author:** Sadigheh Galle Girian, Ph.D. Student of Psychology, Islamic Azad University, Boushehr Branch, Boushehr. Iran.
Email: Sed_Galehgirian@yahoo.com Tel: (+98) 077-33682305