

تأثیر گروه درمانی با تلفیق دو تکنیک صندلی داغ و مرور زندگی نامه بر کاهش خشم نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک

تاریخ دریافت: ۸۹/۶/۶

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۱/۱۰

خدیدجه زال پور^{*}، علیرضا عابدین^{**}، محمود حیدری^{**}

چکیده

مقدمه: در تاریخچه زندگی مبتلایان به اختلال سلوک، سابقه رویارویی با تجارب آسیب‌زای متعدد و انحلال نیافته گزارش شده است که در شکل‌گیری مشکلات مربوط به خشم در این افراد نقش چشمگیری دارد. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر تلفیق دو تکنیک صندلی داغ و مرور زندگی نامه در قالب گروه درمانی، بر کاهش خشم نوجوانان پسر مبتلا به اختلال سلوک ساکن در کانون اصلاح و تربیت تهران انجام گردید.

روش: تعداد ۱۹ نفر از نوجوانانی که بر اساس نمره مقیاس مشکلات سلوک پرسشنامه خود گزارش دهی نوجوانان (YSR) مبتلا به اختلال سلوک تشخیص داده شده بودند به تصادف در سه گروه آزمایشی (شش نفر)، کنترل بحث آزاد (دارو نما) (هفت نفر) و کنترل بدون دریافت مداخله (شش نفر)، قرار گرفتند. پرسشنامه حالت هیجانی و صفت شخصیتی خشم اسپیلیبرگر (STAXI-2) برای سنجش مؤلفه‌های خشم در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت. اعضای گروه آزمایشی در ۱۱ جلسه گروه درمانی با استفاده از دو تکنیک مرور زندگی نامه و صندلی داغ، شرکت نمودند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کراسکال-والیس و U مان ویتنی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مقایسه نتایج پس‌آزمون سه گروه، تفاوت معنادار را در مقیاس‌های کنترل برون‌ریزی خشم و شاخص بیان خشم نشان داد، در حالیکه در مقیاس‌های حالت و صفت خشم تفاوت معناداری بین سه گروه مشاهده نگردید. نتایج مقایسه دو به دوی گروه‌ها با استفاده از آزمون U مان ویتنی نشان داد در متغیرهایی که تفاوت معنادار در بین سه گروه وجود داشت، این تفاوت بین گروه‌های آزمایشی و بحث آزاد و نیز گروه‌های آزمایشی و بدون دریافت مداخله معنادار بود اما تفاوت معناداری بین گروه‌های بحث آزاد و بدون دریافت مداخله مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها نشان می‌دهد این شیوه گروه درمانی در کاهش مشکلات خشم از بی‌درمانی و پلاسیبو نتایج بهتری به بار می‌آورد.

واژه‌های کلیدی: اختلال سلوک، خشم، مرور زندگی نامه، صندلی داغ، نوجوانان

مقدمه

بسیار و مساعدت خانواده و سایر سیستم‌های درگیر در فرآیند درمان می‌باشند. این محدودیت‌ها لزوم طراحی و به کار بستن مداخلات جدیدی را نمایان می‌سازد. در طراحی این مداخلات، و اجرای آن در جامعه بزهکاران مبتلا به این اختلال، توجه به این امر ضروری است که چنین مداخلاتی باید تا حد امکان بر منابع موجود متکی باشند. چرا که این گروه از مبتلایان امکان دسترسی به بسیاری از منابع حمایتی از قبیل خانواده و مدرسه را دارا نمی‌باشند. لذا حضور بزهکاران در مراکز نگهداری و کانون‌های اصلاح و تربیت، فرصت مناسبی است که امکان شرکت آنها در برنامه‌های درمانی را فراهم می‌نماید. با توجه به آنکه عدم شرکت منظم در جلسات درمان همواره از موانع موجود در درمان مبتلایان به اختلال سلوک بوده است [۱۲]، با انجام این مداخلات در محل زندگی این افراد، احتمال حضور در درمان افزایش خواهد یافت. از سوی دیگر، با توجه به تأثیر پذیری زیاد این گروه سنی از همسالان [۱۳] می‌توان از این امکان در جهت انجام مداخلات درمانی سود برده و گروه همسالان را به عنوان جایگزینی برای حمایت‌هایی که این افراد از آن محروم هستند به کار برد. مداخلات گروه درمانی به عنوان درمان‌هایی مقرون به صرفه و برخوردار از حمایت تجربی [۱۴]، این امکان را فراهم می‌نمایند که از موقعیت حضور بزهکاران در میان همسالان، به عنوان موقعیتی درمانی بهره‌برداری شود. بنابراین، انجام مداخله درمانی گروهی در محل کانون‌های اصلاح و تربیت، می‌تواند گزینه‌ای در دسترس و اثربخش در درمان اختلال سلوک به شمار رود. مطالعه تاریخچه زندگی مبتلایان به اختلال سلوک نشان می‌دهد این گروه از کودکان و نوجوانان با تجارب آسیب‌زای متعدد، فقدان‌ها و نابسامانی‌های عمده در روابط خانوادگی مواجه بوده‌اند. نظریه‌ها و مطالعات گوناگون در تبیین چگونگی شکل‌گیری این

در بین اختلالات روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان، اختلال سلوک از وخیم‌ترین اختلالات و نیز از عمده‌ترین دلایل ارجاع به مراکز درمانی است [۱]. مشخصه اصلی این اختلال، طبق متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱، الگوی پایداری از رفتار تکراری است که در آن حقوق اساسی دیگران و یا هنجارها و قواعد عمده اجتماعی متناسب با سن نادیده گرفته می‌شود [۲]. این الگوهای رفتاری معمولاً در طول زمان پایدار هستند [۳]. علائم این اختلال اغلب با گذشت زمان شدت یافته و در سنین نوجوانی منجر به درگیری با مراجع قانونی می‌گردد [۱]. در نتیجه، بسیاری از مبتلایان به این اختلال فرصت شرکت در درمان به موقع را از دست می‌دهند. به عبارت دیگر، علاوه بر دشواری‌های خاص درمان این اختلال به دلیل ماهیت ویژه آن، بزهکاری و درگیر شدن با مراجع قانونی بر مشکلات موجود بر سر راه درمان این اختلال می‌افزاید. مطالعات نشان می‌دهند بیش از نیمی از جرایم و تخلفات صورت گرفته توسط بزهکاران را کسانی مرتکب می‌شوند که از کودکی به اختلال سلوک مبتلا بوده‌اند [۴]. هر چند برخی مداخلات درمانی موفقیت‌هایی را در راستای کاهش علائم و مشکلات ناشی از این اختلال کسب نموده‌اند، درمان آن همواره از دشوارترین و چالش برانگیزترین موارد پیش روی ارائه دهندگان خدمات بهداشت روانی بوده است [۵]. عمده‌ترین درمان‌های متداول برای این اختلال با مشکلاتی از قبیل وجود اثرات جانبی در درمان‌های دارویی [۶]، اثربخشی کوتاه مدت و عدم تعمیم پذیری آموخته‌ها در درمان‌های شناختی- رفتاری [۷] مواجه هستند. مداخلات متمرکز بر خانواده و درمان‌های چند سیستمی نیز که از موفق‌ترین درمان‌های موجود در این حوزه به شمار می‌روند [۸، ۹، ۱۰، ۱۱]، مستلزم صرف هزینه‌های

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR

اختلال به عواملی همچون غیبت پدران از خانواده، شیوع سوء مصرف مواد و اختلالات روانی به ویژه اختلال شخصیت ضد اجتماعی در والدین و به خصوص پدران، سوء استفاده و غفلت از کودک [۱۵، ۱۶]، سابقه رویارویی با تروما [۱۷، ۱۸، ۱۹] اشاره نموده‌اند. به نظر می‌رسد این عوامل می‌توانند منجر به ناتوانی کودک در شکل‌دهی روابط دلبسته ایمن در اوایل کودکی، مشکلات ارتباطی و خشم، ترس و بی‌اعتمادی نسبت به چهره‌های والدینی گردیده و در بروز اختلال سلوک سهمیم باشند. ردپای تأثیر این عوامل در برخی از علائم این اختلال از قبیل تکانش‌گری، برون‌ریزی خشم و مقاومت در برابر درمان نیز به چشم می‌خورد [۲۰]. توجه به این عوامل در انجام مداخلات درمانی نیز ضروری است، چرا که به نظر می‌رسد این عوامل سهم زیادی را در شکل‌گیری و پایداری علائم اختلال به خود اختصاص داده‌اند. پرداختن به رویدادهای گذشته و نقش آنها در شکل‌گیری علائم اختلالات روانی در مکتب روان‌پویشی و رویکردهای مشتق شده از این مکتب مورد تأکید است. در این مکتب، پرخاشگری به عنوان علامت اصلی اختلال سلوک از جابه‌جایی احساس خشم به سمت اشیاء^۲ بیرونی ناشی می‌گردد [۲۱]. اغلب نظریه‌های موجود در تبیین پرخاشگری و قانون شکنی، به عنوان علائم اصلی اختلال، به طور مستقیم و یا غیر مستقیم به نقش تأثیرگذار هیجان خشم اشاره کرده‌اند [۲۲]. از این جهت‌گیری می‌توان این گونه استنباط نمود که وجود رخدادهای آسیب‌زا و در پی آن شکل‌گیری مشکلات ناشی از خشم و بروز رفتارهای پرخاشگرانه در مبتلایان به اختلال سلوک، رویدادهایی در هم تنیده‌اند. بر این اساس، انجام مداخلات درمانی در جهت کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و مشکلات ناشی از اختلال سلوک، مستلزم توجه به نقش این عوامل در پدیدآیی علائم می‌باشد، موضوعی که به نظر می‌رسد در مداخلات درمانی انجام شده در مورد مبتلایان به اختلال سلوک

تاکنون کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به آنکه دوره محکومیت بزهکاران در اغلب موارد کوتاه مدت بوده و در نتیجه دسترسی به آنها با محدودیت زمانی مواجه است، لازم است تا از شیوه‌ای متمرکز، فشرده و هدفمند در مرور تجارب گذشته استفاده شود. برای پرداختن به این تجارب به شیوه‌ای ساختار یافته، تکنیک مرور زندگی‌نامه^۳ در برخی از برنامه‌های درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این شیوه که اغلب در موقعیت گروهی مورد استفاده قرار می‌گیرد، به افراد کمک می‌کند تا به مرور زندگی و تجارب تحولی خود بپردازند و با درک تاریخچه و پیشینه خود، به رویارویی با تجارب دردناک گذشته، حل تعارضات و برخورد بهتر با تجارب کنونی بپردازند. در حقیقت، تصور بر آن است که از این طریق نوعی بازسازی شخصیت اتفاق می‌افتد. احساساتی که از رویدادی در گذشته باقی مانده و قبلاً شناخته نشده بودند می‌توانند در زمان حال کشف شده و نسبت به آنها آگاهی ایجاد شود [۲۳]. مرور زندگی‌نامه در گروه در تغییر دیدگاه افراد نسبت به دیگران نیز مؤثر است. مطالعات نشان می‌دهد هنگامی که افراد زندگی‌نامه خود را در گروه به مشارکت می‌گذارند، ادراک آنها از دیگر افراد به دیدگاه آنها در مورد خودشان شبیه می‌گردد. در نتیجه دیگران را قابل پذیرش‌تر یافته و در کنار آنان احساس راحتی بیشتری خواهند داشت [۲۴]. از آنجا که مبتلایان به اختلال سلوک در ادراک دیدگاه دیگران دچار سوگیری بوده و از این رو اقدام به رفتارهای پرخاشگرانه می‌کنند [۲۵] می‌توان انتظار داشت با استفاده از این شیوه بروز رفتارهای توأم با خشم در آنها کاهش یابد. استفاده از تکنیک مرور زندگی‌نامه در گروه، به عنوان بخشی از برنامه درمانی طراحی شده برای بیماران با مشکلاتی از قبیل سوء مصرف مواد، متجاوزان جنسی و مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه به کار می‌رود [۲۶، ۲۷]. این اختلالات از منظر آسیب‌شناختی و سبب‌شناختی وجوه مشترکی با اختلال سلوک دارند که استفاده از این

کاهش می‌دهد. اغلب پس از رویاروسازی، مراجعان موضوعات یا رویدادهایی را که پیش از این در زندگی خود از دیگران مخفی می‌کرده‌اند، مورد بحث قرار می‌دهند. باور گروه بر آن است که رفتار ظاهری، واکنشی است که موضوعات یا تجارب زیر بنایی را پنهان می‌کند. مراجعین اغلب از این گروه‌های رویاروسازی برای بحث در مورد موضوعاتی از قبیل سوء استفاده جسمی و جنسی، احساس گناه، سوء استفاده از مواد در بین اعضای خانواده و یا غفلت، استفاده می‌کنند [۳۱]. لذا، ترکیب دو تکنیک مرور زندگی‌نامه در گروه و صندلی داغ، مداخله‌ای متمرکز، فشرده و مقرون به صرفه را تشکیل می‌دهد که امکان پرداختن به تجارب و تعارضات حل نشده فرد در رابطه با موقعیت‌های گذشته را، در محیط امن درمان و با استفاده از حمایت گروه، فراهم می‌نماید. در مرور مطالعات پیشین، مطالعه‌ای استفاده از تکنیک صندلی داغ را به طور خاص به عنوان مداخله درمانی ذکر نموده است، هر چند این تکنیک همواره به عنوان بخشی مهم از روان درمانی گشتالتی مورد استفاده قرار گرفته است. صندلی داغ همچنین به عنوان بخشی از برنامه‌های درمان اعتیاد، و تجاوزگران جنسی در جهت افزایش خود آگاهی به کار می‌رود. مطالعات نشان می‌دهد این تکنیک در از بین رفتن انکار و کاهش ترس از عدم پذیرش مؤثر بوده است [۳۱]. با توجه به آنچه در مرور ادبیات مربوط به سبب شناسی اختلال سلوک گفته شد، استفاده از این تکنیک به عنوان روشی مؤثر در کاهش دفاع‌های ناکارآمد این چینی که منجر به بروز علائم اختلال سلوک می‌گردند قابل انتظار است. همچنین، مرور ادبیات پژوهشی مطالعه‌ای را که استفاده از ترکیب این دو تکنیک در قالب گروه درمانی را مورد مطالعه قرار داده باشد نشان نداد. لذا این پژوهش بیش از آنکه بر پایه‌های تجربی در این زمینه استوار باشد بر مبانی نظری تکیه کرده است. با توجه به

روش را در مبتلایان به این اختلال توجیه می‌نماید. همچنین مرور زندگی‌نامه در درمان مبتلایان به قمار بازی بیمار گونه^۴ نیز مورد استفاده قرار گرفته است. نتایج نشان می‌دهد این شیوه در افزایش اعتماد به نفس، برقراری روابط معنادارتر و حمایت کننده‌تر و افزایش آگاهی آنان نسبت به احساسات خود و ابراز آنها مؤثر بوده است [۲۸]. از آنجا که مشکلات مبتلایان به اختلال سلوک نیز همپوشی زیادی با این مشکلات دارد، می‌توان انتظار داشت استفاده از این روش در کاهش مشکلات مبتلایان به اختلال سلوک مؤثر واقع گردد. در کنار این شیوه، استفاده از تکنیکی مکمل برای رویاروسازی فرد با نقش این رخدادها در شکل‌گیری رفتار بزهکارانه و از بین بردن دفاع‌های ناکارآمد، که با استفاده از آنها از خود در برابر جنبه‌های تهدید کننده خود یا محیط محافظت می‌کند، ضروری است. عدم پذیرش مسئولیت رفتارها و سرزنش دیگران، که از ویژگی‌های بارز مبتلایان به اختلال سلوک به شمار می‌رود [۲۹]، را می‌توان نمونه‌ای از این لایه‌های دفاعی دانست که از فرد در برابر تعارضات خود مراقبت می‌نمایند. با توجه به آنکه مرور زندگی‌نامه در گروه، امکان برخورداری از پسخوراند اعضای گروه را فراهم می‌نماید، می‌توان از این موقعیت در جهت رویاروسازی فرد با دفاع‌ها و آگاهی او نسبت به آنها استفاده نمود. تکنیک صندلی داغ^۵ که برخی آن را جایگزین نیمکت^۶ روانکوی می‌دانند [۳۰]، به عنوان روشی متمرکز می‌تواند به عنوان مکملی مناسب برای دستیابی به اهداف درمانی اتخاذ شده به کار آید، چرا که در تجربه صندلی داغ، اعضای گروه از طریق تمرکز بر هر فرد، رفتارها و نگرش‌های منفی او را به چالش کشیده و پسخوراند‌های سازنده ارائه می‌دهند. انتظار می‌رود که افراد بتوانند دریابند که چگونه رفتارهای مخرب و تصوراتی که برای حفاظت از خود شکل داده‌اند، بر دیگران تأثیر گذارده و احتمال بهبود آنها را

4- pathological gambling

5- hot seat

6- coach

محدودیت‌ها و نواقص موجود در اثربخشی و قابلیت کاربرد مداخلات درمانی انجام شده در مبتلایان به اختلال سلوک ساکن در مراکز نگهداری، مطالعه حاضر به منظور بررسی کارایی مداخله‌ای جدید، با هدف در نظر گرفتن این عوامل سبب شناختی و رفع پاره‌ای از محدودیت‌ها و نواقص، انجام گردید.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع طرح‌های شبه آزمایشی است که به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با یک گروه گواه و یک گروه پلاسیبو انجام پذیرفت.

آزمودنیها: جامعه آماری پژوهش حاضر را مددجویان ساکن در کانون اصلاح و تربیت تهران تشکیل دادند. نمونه‌گیری در این مطالعه، در مرحله انتخاب آزمودنیها به صورت هدفمند و در مرحله جایگزینی در گروه‌های آزمایشی و گواه، به صورت تصادفی انجام گردید. بدین ترتیب که در مرحله اول، از جامعه مورد مطالعه، افرادی که حداقل تا چهار ماه پس از زمان شروع نمونه‌گیری، یعنی تا زمان به پایان رسیدن مداخله درمانی، در کانون اصلاح و تربیت تهران حضور داشتند انتخاب شدند. از بین این افراد، آزمودنیهای مبتلا به اختلال سلوک، بر اساس نمره به دست آمده در مقیاس مشکلات سلوک فرم خود گزارش دهی نوجوانان^۷ (YSR)، انتخاب گردیده و به تصادف در سه گروه جای گرفتند. تعداد افراد واجد شرایط ۳۹ نفر بود که به سه گروه ۱۳ نفره تقسیم گردیدند. از این سه گروه به تصادف یک گروه به عنوان گروه آزمایشی، یک گروه به عنوان گروه گواه با جلسات بحث آزاد (دارو نما) و یک گروه به عنوان گروه گواه بدون دریافت مداخله انتخاب شدند. تا پایان پژوهش، تعداد آزمودنیها به دلیل ریزش تجربی به ۱۹ نفر در سه گروه رسید.

ابزار:

۱- فرم خود گزارش دهی نوجوانان (YSR): تشخیص اختلال سلوک بر اساس نمره به دست آمده از پرسشنامه YSR انجام گردید. فرم خود گزارش دهی

نوجوانان، که در سال ۲۰۰۱ توسط آشنباخ و رسکورلا ارائه شد، بخشی از نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ^۸ (ASEBA) است. این نظام شامل مجموعه‌ای از فرم‌ها برای سنجش شایستگی‌ها، کنش یا کارکرد انطباقی و مشکلات عاطفی- رفتاری است. از آنجا که در مطالعه حاضر تنها بخش دوم فرم خود گزارش دهی نوجوانان که به بررسی مشکلات عاطفی- رفتاری کودکان می‌پردازد اجرا شد، تنها به بیان شیوه نمره گذاری این بخش پرداخته و از بیان شیوه نمره گذاری بخش صلاحیت‌ها صرف نظر می‌شود. برای این بخش از فرم سه نوع نمره به دست می‌آید که عبارت است از نمرات خام، رتبه‌های درصدی و نمرات T. نمرات خام از طریق جمع نمرات ۰، ۱ و ۲ سؤالات مربوط به هر مقیاس به دست می‌آید. بر اساس دو ملاک نمره گذاری، دو دسته از مشکلات رفتاری- عاطفی کودک شامل مقیاس‌های مبتنی بر DSM و مقیاس‌های نشانگانی مبتنی بر تجربه مشخص می‌گردند. نمرات خام به دست آمده با مراجعه به جدول‌های هنجاری، به نمره هنجار T تبدیل می‌گردند. نمره T بالاتر از ۶۹ در مقیاس‌های مبتنی بر DSM و مقیاس‌های نشانگانی مبتنی بر تجربه، نشان دهنده حد آستانه توجه بالینی و نمرات بین ۶۵-۶۹ نشانگر حد مرزی است. مینایی [۳۲]، مجموعه آزمون نظام جامع ارزشیابی آشنباخ را به زبان فارسی انطباق و هنجاریابی نموده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی خرده مقیاس‌های پرسشنامه خود گزارش دهی نوجوانان در شیوه نمره گذاری با جهت گیری DSM، در سنین ۱۸-۱۲ سال بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ و بود. همچنین اعتبار آزمون- باز آزمون این پرسشنامه بین ۰/۳۹ تا ۰/۴۷ است که همه ضرایب به دست آمده از لحاظ آماری معنادار بوده و نشان از روایی و اعتبار این فرم دارد.

8- Achenbach System of Empirically Based Assessment

7- Youth Self Report

صفت خشم نیز از طریق محاسبه همبستگی آن با پرسشنامه خصومت بوس و دورکی^{۱۰} (۱۹۵۷) و مقیاس هیستری پرسشنامه MMPI محاسبه گردید که این ضرایب در یک مطالعه از ۰/۳۲ تا ۰/۷۱ و در مطالعه دیگر از ۰/۳۱ تا ۰/۶۶ متغیر بوده و همه ضرایب به دست آمده از لحاظ آماری معنادار بودند [۳۴]. در پژوهش حاضر، کلیه مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های پرسشنامه اسپیلبرگر مورد استفاده و ارزیابی قرار گرفت. ۳- فرم مرور زندگی و تجربه هیت^{۱۱}: مرور زندگی نامه در گروه بر اساس فرم مرور زندگی و تجربه هیت انجام گردید. این فرم که در سال ۱۹۸۹ توسط باربارا کی هیت تهیه گردیده است و در درمان‌های گروهی مبتنی بر مرور زندگی نامه مورد استفاده قرار می‌گیرد در برگزیده پنج بخش مجزا است. این فرم به مرور رویدادهای مهم زندگی همچون فقدان‌ها، فعالیت‌های عمده، توصیف افراد مهم و نوع روابط فرد با آنها و تجارب عمده رشدی می‌پردازد، شامل بخش‌های دوران کودکی، نوجوانی، بزرگسالی، خانه و خانواده و جمع‌بندی و خلاصه می‌باشد [۳۵]. در این مطالعه به علت محدود بودن جامعه آماری پژوهش به نوجوانان، بخش مربوط به دوره بزرگسالی حذف و سایر بخش‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

روند اجرای پژوهش: گروه آزمایشی: این گروه در ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که به صورت هفتگی و توسط دو درمانگر برگزار گردید شرکت نمودند. هر یک از جلسات به یکی از اعضای گروه اختصاص داشت که در آن به مرور زندگی نامه آن عضو پرداخته می‌شد. در جلسات گروه درمانی اعضای گروه روی صندلی‌های خود که به صورت U شکل چیده شده بودند نشسته و فردی که جلسه به مرور زندگی نامه او اختصاص داشت بر روی «صندلی داغ» که در مقابل گروه قرار داده شده بود جای می‌گرفت.

۲- پرسشنامه بیان حالت هیجانی و صفت شخصیتی خشم اسپیلبرگر^۹ (STAXI-2): ابزار مورد استفاده جهت اندازه‌گیری مؤلفه‌های خشم، پرسشنامه بیان حالت هیجانی و صفت شخصیتی خشم اسپیلبرگر (STAXI-2)، بود. این پرسشنامه ۵۷ ماده‌ای که در سال ۱۹۹۹ توسط چارلز اسپیلبرگر تدوین گردید، شامل شش مقیاس، پنج خرده مقیاس و یک شاخص بیان خشم است که یک اندازه کلی از بیان و کنترل خشم فراهم می‌کند. مقیاس‌های STAXI-2، عبارتند از حالت خشم، صفت خشم، برون ریزی خشم، درون ریزی خشم، کنترل برون ریزی خشم و کنترل درون ریزی خشم. دو خرده مقیاس مربوط به صفت خشم عبارتند از خلق و خوی خشمگین^{۱۱} و واکنش خشمناک^{۱۱}. مقیاس حالت خشم نیز سه مؤلفه متمایز از شدت حالت هیجانی خشم را ارزیابی می‌کند. این سه مؤلفه عبارتند از احساس خشم^{۱۲}، احساس نیاز شدید به بیان کلامی خشم^{۱۳}، و احساس نیاز شدید به بیان فیزیکی خشم^{۱۴} [۳۳]. ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های حالت خشم و صفت خشم به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۵، برای خرده مقیاس‌های مربوط به دو خرده مقیاس یاد شده، به طور متوسط برابر ۰/۷۶، برای مقیاس‌های بیان خشم و کنترل خشم و شاخص کلی بیان خشم به طور متوسط برابر ۰/۷۱ گزارش شده است. علاوه بر محاسبه ضرایب آلفا، روش بازآزمایی برای بررسی اعتبار مقیاس‌های ابزار مورد بحث مورد استفاده قرار گرفته است که متوسط ضرایب همبستگی برابر ۰/۷۶ و همه ضرایب بالاتر از ۰/۷۰ بوده است. همبستگی اندازه‌های مقیاس‌های حالت، صفت، و بیان خشم با اندازه‌های مربوط به ناسازگاری و نیز اندازه‌های مربوط به نشانه‌های اختلال در سلامت عمومی، مثبت و معنادار گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس

-
- 9- State-Trait Anger Expression Inventory
 - 10- angry temperament
 - 11- angry reaction
 - 12- feeling of angry
 - 13- feel like expressing anger verbally
 - 14- feel like expressing anger physically

-
- 15- Buss-Durkee Hostility Inventory
 - 16- Haight's Life Review and Experiencing Form

جلسه ششم: ایجاد تدریجی چسبندگی گروهی و تغییر تعاملات از شکل رهبر به گروه به شکل عضو به عضو؛ شکل‌گیری هویت گروه؛ مرور پنجمین زندگی‌نامه با موضوع مشکلات فرد در ارتباط با والدین و به خصوص پدر جلسه هفتم: اعضای گروه هدایت جلسه را به صورت خود جوش به عهده داشتند؛ مرور ششمین زندگی‌نامه و تلاش اعضا برای کمک به فرد ارائه دهنده آن برای جلوگیری از اقدام تکانشی او در برون‌ریزی ششم

جلسه هشتم: در این جلسه زندگی‌نامه‌ای مرور نشد، به جای آن جلسه به موضوعات حل نشده‌ای که در جلسات قبل مطرح شده بود، همچون خشم شدید نسبت به برخی افراد و دفاع‌های افراد در مقابل آن مطرح گردید

جلسه نهم: مرور هفتمین زندگی‌نامه در گروه؛ درمانگران و اعضا به جایگاه تقریباً هم‌تراز با هم رسیدند

جلسه دهم: مرور هشتمین زندگی‌نامه در گروه با موضوع محرومیت فرد از والدینی که نقش مراقبتی خود را به خوبی ایفا کرده باشند؛ با نزدیک شدن به پایان جلسات، اعضا نگرانی خود را نسبت به از دست دادن گروه و درمانگران ابراز می‌کنند

جلسه یازدهم: جمع‌بندی مباحث گروه توسط درمانگران و پرداختن به موضوعاتی از قبیل خشم و فقدان؛ پرداختن به فرآیند خداحافظی و نحوه خداحافظی اعضا گروه کنترل با جلسات بحث آزاد؛ اعضای این گروه نیز در جلساتی با تعداد و زمان مساوی با گروه آزمایشی شرکت می‌نمودند. نخستین جلسه این گروه نیز همانند گروه آزمایشی به معرفی اعضا، توضیح نحوه کار گروه و بیان قوانین حاکم بر گروه سپری شد. در جلسات بعد، اعضای گروه تشویق می‌شدند تا در مورد موضوعات دلخواه خود به بحث و تبادل نظر بپردازند. اضافه کردن این گروه در جهت تفکیک اثر گروه از اثر ویژه کاربست تکنیک‌های درمانی مرور زندگی‌نامه و صندلی داغ انجام گرفت. از این طریق، تفاوت ایجاد شده بین این گروه و گروه آزمایشی را می‌توان ناشی از تأثیر تکنیک‌های درمانی به کار رفته در گروه آزمایشی دانسته و آن را از اثرات ناشی از برخورداری از تجربه

شیوه درمانی: جلسات ۹۰ دقیقه‌ای گروه به سه بخش تقسیم می‌گردید. در بخش اول، اعضای گروه که زندگی‌نامه را از پیش مطالعه کرده بودند، سؤالات خود را مطرح نموده و فردی که روی صندلی داغ قرار داشت به آنها پاسخ می‌داد. بخش دوم به بحث اعضای گروه در مورد فردی که روی صندلی داغ قرار داشت اختصاص می‌یافت، در حالیکه خود فرد در بحث شرکت نمی‌نمود. پس از پایان بحث، فرد نظرات و پاسخ‌های خود را در مورد مباحث انجام گرفته به اعضای گروه ارائه می‌نمود. در روند اجرای مداخله هشت نفر از اعضای گروه زندگی‌نامه خود را در گروه ارائه نمودند. بنابراین از مجموع ۱۱ جلسه، یک جلسه به معرفی درمانگران و اعضا و توضیح قوانین و نحوه کار گروه، هشت جلسه به مرور زندگی‌نامه‌ها، و یک جلسه به خاتمه درمان اختصاص یافت. محتوای ۱۱ جلسه به شرح ذیل می‌باشد:

جلسه اول: معرفی اعضا و درمانگران؛ توضیح روند کار گروه و قوانین حاکم بر گروه، شامل محرمانه بودن اطلاعات و ممنوعیت خشونت؛ شکل دهی اعتماد اولیه نسبت به درمانگران و گروه

جلسه دوم: تلاش در جهت افزایش اعتماد در اعضا نسبت به دیگر اعضای گروه و نیز درمانگران؛ بررسی اولین زندگی‌نامه در گروه؛ مشارکت نسبتاً کم اعضا در کار گروهی

جلسه سوم: مرور دومین زندگی‌نامه؛ مواجهه فرد در بخش صندلی داغ با انکارهای او در پذیرش مسئولیت اعمال خود توسط درمانگران

جلسه چهارم: افزایش تدریجی مشارکت اعضا در گروه؛ پرسیدن سؤالات و ارائه نظرات بیشتر در هنگام مرور سومین زندگی‌نامه؛ بازخوردهای حمایتی اعضای گروه نسبت به مشکلات فرد ارائه کننده زندگی‌نامه و فقدان‌های تجربه شده توسط او

جلسه پنجم: افزایش چشمگیر مشارکت و تعاملات؛ مرور چهارمین زندگی‌نامه در گروه توسط عضو مبتلا به اعتیاد؛ بحث درباره تأثیر مصرف مواد در زندگی وی و مواجهه او با مسئولیتی که متوجه او است توسط اعضای گروه

نداد، نمرات پس‌آزمون این گروه‌ها با استفاده از آزمون مذکور مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۱ آمده است: چنانکه ملاحظه می‌شود، نمرات سه گروه در مقیاس کنترل برون ریزی خشم و شاخص بیان خشم دارای تفاوت معنادار بود. بررسی میانگین رتبه‌ها نشان داد بالاترین رتبه‌ها در شاخص بیان خشم متعلق به گروه کنترل بدون دریافت مداخله و در مقیاس کنترل برون ریزی خشم متعلق به گروه آزمایشی است. برای تصریح بیشتر یافته‌ها، نمرات گروه‌ها در مقیاس‌های کنترل برون ریزی خشم و شاخص بیان خشم با استفاده از آزمون U مان ویتنی به صورت دو به دو مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج آن در جداول ۲، ۳ و ۴ آمده است.

گروه متمایز نمود. گروه کنترل بدون دریافت مداخله: این گروه جهت کنترل اثر زمان در پژوهش گنجانده شده و مداخله‌ای دریافت ننمود.

یافته‌ها

جهت بررسی سؤالات پژوهش، نخست نمرات پیش‌آزمون سه گروه مورد مطالعه، با استفاده از آزمون کراسکال-والیس مورد مقایسه قرار گرفت. دلیل استفاده از روش آماری غیر پارامتریک، حجم کم گروه نمونه مورد بررسی و نرمال نبودن توزیع متغیرها در جامعه بود. همچنین، برای مقایسه سه گروه در خرده مقیاس‌های YSR نمرات این خرده مقیاس‌ها نیز با استفاده از آزمون مذکور مقایسه گردید. از آنجا که آزمون کراسکال-والیس تفاوت معناداری را در پیش‌آزمون سه گروه در دو پرسشنامه اجرا شده نشان

جدول ۱) نتایج آزمون کراسکال-والیس برای مقایسه نمرات پس‌آزمون سه گروه در مقیاس‌های STAXI-2

متغیر	گروه	میانگین رتبه‌ها	مجذور کای	سطح معناداری
حالت خشم	آزمایشی	۹/۶۷	۰/۹۹	۰/۶۰
	بحث آزاد	۱۱/۵۷		
	بدون مداخله	۸/۵۰		
صفت خشم	آزمایشی	۱۲/۰۸	۲/۸۱	۰/۲۴
	بحث آزاد	۷/۲۱		
	بدون مداخله	۱۱/۱۷		
برون ریزی خشم	آزمایشی	۸/۸۳	۰/۳۸	۰/۸۲
	بحث آزاد	۱۰/۶۴		
	بدون مداخله	۱۰/۴۲		
درون ریزی خشم	آزمایشی	۹/۵۰	۱/۳۵	۰/۵۰
	بحث آزاد	۱۱/۸۶		
	بدون مداخله	۸/۳۳		
کنترل برون ریزی خشم	آزمایشی	۱۴/۸۶	۶/۹۰	۰/۰۳
	بحث آزاد	۹/۵۸		
	بدون مداخله	۵/۰۸		
کنترل درون ریزی خشم	آزمایشی	۱۱/۸۶	۳/۱۵	۰/۲۰
	بحث آزاد	۹/۱۷		
	بدون مداخله	۶/۶۷		
شاخص بیان خشم	آزمایشی	۵/۷۹	۶/۴۳	۰/۰۴
	بحث آزاد	۱۰/۱۷		
	بدون مداخله	۱۴/۴۲		

جدول ۲) نتایج آزمون U مان ویتنی برای مقایسه پس آزمون گروه‌های آزمایشی و بحث آزاد در مقیاس‌های دارای تفاوت معنادار

متغیر	گروه	میانگین رتبه‌ها	U مان ویتنی	سطح معناداری
کنترل برون ریزی خشم	آزمایشی	۹/۰۰	۷/۰۰	۰/۰۴
	بحث آزاد	۴/۶۷		
شاخص بیان خشم	آزمایشی	۳/۹۲	۶/۵۰	۰/۰۳
	بحث آزاد	۹/۹۳		

جدول ۳) نتایج آزمون U مان ویتنی برای مقایسه پس آزمون گروه‌های آزمایشی و بدون مداخله در مقیاس‌های دارای تفاوت معنادار

متغیر	گروه	میانگین رتبه‌ها	U مان ویتنی	سطح معناداری
کنترل برون ریزی خشم	آزمایشی	۸/۵۰	۶/۰۰	۰/۰۵
	بدون مداخله	۴/۵۰		
شاخص بیان خشم	آزمایشی	۴/۰۰	۶/۵۰	۰/۰۴
	بدون مداخله	۹/۰۰		

جدول ۴) نتایج آزمون U مان ویتنی برای مقایسه پس آزمون گروه‌های بحث آزاد و بدون مداخله در مقیاس‌های دارای تفاوت معنادار

متغیر	گروه	میانگین رتبه‌ها	U مان ویتنی	سطح معناداری
کنترل برون ریزی خشم	بحث آزاد	۷/۹۲	۱۵/۵۰	۰/۴۲
	بدون مداخله	۶/۲۱		
شاخص بیان خشم	بحث آزاد	۶/۷۹	۱۹/۵۰	۰/۸۳
	بدون مداخله	۷/۲۵		

آسیب‌زا در گذشته، خشم انحلال نیافته و روابط ناکارآمد با پدر، موضوعات اصلی و مشترک در تمامی زندگی‌نامه‌های ارائه شده بودند.

بحث

از میان مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های پرسشنامه حالت هیجانی و صفت شخصیتی خشم، (STAXI-2)، مداخله انجام شده تنها موجب افزایش معنادار میزان

همان گونه که ملاحظه می‌شود در مقیاس‌های مورد بررسی گروه آزمایشی با گروه‌های بحث آزاد و بدون دریافت مداخله دارای تفاوت معنادار است در حالیکه این تفاوت بین گروه‌های بحث آزاد و بدون دریافت مداخله ایجاد نشده است. در کنار یافته‌های حاصل از تحلیل آماری داده‌ها، تحلیل محتوای زندگی‌نامه‌های ارائه شده در گروه نشان داد برخی موضوعات مشترک در بین اعضای گروه وجود دارند. سابقه رویدادهای

ناشی از آسیب اجتناب کند. تجربه این احساسات در فرآیند درمان از طریق به چالش کشیدن دفاع‌های فرد، می‌تواند منجر به افزایش توانایی او در کنترل برون ریزی خشم خود گردد، چنانچه میلر [۳۱] نیز معتقد است این فرآیند به بازنگری بسیاری از رویدادهای گذشته زندگی فرد کمک می‌نماید. به عبارت دیگر، برون ریزی خشم را می‌توان سبک روان رنجوری دانست که از فرد در برابر تجربه احساسات زیر بنایی دفاع می‌نماید. کنار گذاشتن این سبک‌های روان رنجور و تجربه این احساسات زیر بنایی در فرآیند درمان منجر به توانایی فرد برای تعدیل احساسات و کنترل برون ریزی خشم می‌گردد و می‌تواند توجیه کننده افزایش نمرات گروه آزمایشی در مقیاس کنترل برون ریزی خشم باشد. نتایج حاصل از بررسی موردی آزمودنیهای گروه آزمایشی نیز جالب توجه است. اگر چه تعداد کم آزمودنیهای گروه نمونه از میزان اطمینان به نتایج به دست آمده می‌کاهد، اما این بررسی‌ها نشان می‌دهد بین افرادی که زندگی‌نامه خود را در گروه ارائه نموده‌اند و آزمودنیهایی که حاضر به انجام آن نشدند تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. از این یافته می‌توان این گونه استنباط کرد که صرف شرکت در جلسات درمانی و حضور در فرآیند درمان می‌تواند با بهبود برخی از مشکلات توأم باشد. در همین راستا، کول [۳۳] معتقد است افرادی که در حال گوش فرا دادن به زندگی‌نامه دیگری هستند نیز از این فرآیند تأثیر می‌پذیرند چرا که می‌توانند با تجارب مشابهی که خود داشته‌اند ارتباط برقرار نموده و رویدادها و روابط مهم زندگی خود را کشف نمایند. همچنین، از طریق فرآیند همسان سازی با فردی که روی صندلی داغ قرار دارد، از تجربه او بهره‌مند می‌شوند [۳۹]. هر چند این یافته در درمان مبتلایان به اختلال سلوک که عدم همکاری آنها در فرآیند درمان همواره از مهمترین موانع پیش روی درمانگران بوده است [۱۲]، نوید بخش به نظر می‌رسد اما این نتیجه‌گیری با احتیاط فراوان همراه بوده و نتایج قطعی‌تر نیازمند بررسی بیشتر است. در زندگی‌نامه‌های ارائه شده در گروه چند موضوع اصلی و مشترک به چشم می‌خورد. نخستین و بارزترین موضوع در تمامی زندگی‌نامه‌ها سابقه رویدادهای آسیب‌زای

کنترل برون ریزی خشم گردید. هر چند تفاوت ایجاد شده در اندازه‌های مقیاس‌های برون ریزی خشم، درون ریزی خشم و کنترل درون ریزی خشم معنادار نمی‌باشد، اما تفاوت ایجاد شده در شاخص بیان خشم، بیانگر گرایش کلی آزمودنیهای گروه آزمایشی به افزایش کنترل خشم، خواه به صورت کنترل درون ریزی و خواه به شکل کنترل برون ریزی، و کاهش گرایش آنها به برون ریزی یا درون ریزی خشم است. به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد مداخله انجام شده منجر به افزایش توانایی آزمودنیها در کنترل خشم و خودداری از بیان آن گردیده است. در کنار این یافته، نکته قابل توجه، عدم تفاوت معنادار گروه‌ها در مقیاس‌های حالت و صفت خشم می‌باشد. این یافته، بار دیگر بر اهمیت تمایز بین دو مؤلفه تجربه و ابراز خشم تأکید می‌نماید. تجربه و ابراز خشم دو مؤلفه مجزا از یکدیگر هستند که تغییر در یکی از آنها الزاماً با تغییرات دیگری توأم نمی‌گردد [۳۳]. در مطالعه حاضر نیز مداخله صورت گرفته کاهش میزان ابراز خشم را در پی داشت هر چند در میزان تجربه خشم، که شامل دو مقیاس حالت و صفت خشم می‌گردید، تغییر معناداری مشاهده نشد. کاهش میزان نمرات آزمودنیهای گروه آزمایشی در شاخص بیان خشم را می‌توان همسو با یافته ریدی و بیرن [۲۵] این گونه تبیین نمود که مرور زندگی‌نامه اعضا در موقعیت گروهی، منجر به ادراک بهتر فرد از دیگران و افزایش پذیرش نسبت به آنها می‌گردد. در نتیجه، فرد در روابط بین فردی خود کمتر به بیان خشم متوسل می‌شود. از سوی دیگر، قرار گرفتن بر روی صندلی داغ، بر اساس نظر جرسویچ [۳۷]، منجر به افزایش مسئولیت پذیری افراد نسبت به نحوه بیان خشم خود گردیده و می‌تواند توجیه کننده کاهش میزان بیان خشم باشد. مرور زندگی‌نامه و رویارویی با دفاع‌ها از طریق قرار گرفتن بر روی صندلی داغ، به افراد کمک می‌کند تا دریابند برون ریزی خشم ناشی از جا به جایی نادرست این احساس است و در برخی موارد نیز خشم دفاعی در برابر سایر احساسات است. همان گونه که یانگ و لستر [۳۸] بیان می‌کنند، در اغلب مواقع، خشم اولین پاسخ فرد در هنگام صدمه یا تهدید است تا از آسیب پذیری و درد

- 7- Willner P., Cognitive behavioural therapy for anger problems. University of Wales Swansea Inc; 2002.
- 8- Dolan MC, Fullam R. Emotional memory and psychopathic traits in conduct disordered adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2010; (48): 327-331.
- 9- Forgatch MS, Patterson GR, DeGarmo DS. Evaluating fidelity: Predictive validity for a measure of competent adherence to the Oregon Model of Parent Management training. *Behav Ther*. 2005; (36): 3-13.
- 10- Bromfield R. Doing child and adolescent psychotherapy: Adopting psychodynamic treatment to contemporary practice. Hoboken, NJ: Wiley. 2007. p. 345-360.
- 11- Dishion TJ, Kavanagh K. The Adolescent Transitions Program: A family-centered prevention strategy for schools. In: Reid JB, Patterson GR, Snyder J. (Eds.) *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*. Washington, DC, US: American Psychological Association. 2002. p. 257-272.
- 12- Multisystemic therapy, Treatment model. (n.d). Retrieved: 2008 December 3, Available from: www.MSTS.com.
- 13- Maclennan BW, Dies KR. Group counseling and psychotherapy with adolescents. New York, NY: Columbia University Press; 1999.
- 14- Wood D. Group Therapy for adolescents. Cited: 2000, December 1; from <http://www.mentalhealthmatters.edu>.
- 15- Brabender VA, Fallon AE, Smolar AI. *Essentials of group therapy*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons. 2004. p. 546-560.
- 16- Haen C, Weber AM. Beyond retribution: Working through revenge fantasies with traumatized young people *The Arts Psychother*. 2009; (36): 84-93.
- 17- Roberts R, O'Connor T, Dunn J, Golding J. The effects of child sexual abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse and Neglect*. 2004; (28): 525-545.
- 18- Horwitz AV, Widom CS, McLaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospective study. *J Health and Soc Behav*. 2001; (42): 184-201.
- 19- Adams J. Child abuse: The fundamental issue in forensic clinical practice. *Int J Offender Ther and Compar Crimino*. 2002; 46(6): 729-733.
- 20- Adkins B. The spoken Autobiography: A Powerful Tool in Group Psychotherapy. *Social Work*. 1985; (30): 435-439.
- 21- Greenwald R. The role of trauma in conduct Disorder. *J of Aggress, Maltreat & trauma*. 2002; 6(1): 5-23.
- 22- Ewen R. *Theories of personality* (3d ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
- 23- Dykeman-Bruce F. The social cognitive treatment of anger and aggression in four adolescents with conduct disorder. *J Instruct Psycho*. 1995; (22): 234-245.

فراوان و خشم انحلال نیافته فرد در رابطه با این رویدادها است. به علاوه، وجود روابط ناکارآمد با پدر در بین همه آزمودنیهای ارائه دهنده زندگی نامه در گروه دیده می شود. بر این اساس، همان گونه که لاسن^{۱۷} [۴۰] عنوان می نماید، می توان این فرضیه را در نظر داشت که روابط نابسند با پدر به عنوان منبع قدرت و الگوی همسان سازی در پسران، منجر به ایجاد خشم، اضطراب، ترس و بی اعتمادی نسبت به نمادهای قدرت می گردد. در نتیجه فرد در تنظیم هیجانات خود و ایجاد الگوهای ارتباطی کارآمد در مواجهه با این منابع دچار اشکال گردیده و علائم اختلال سلوک و رفتارهای قانون شکنی را بروز می دهد. از آنجا که مداخله به کار رفته در پژوهش حاضر در تغییر مؤلفه های حالت و صفت خشم ناموفق بود، و نیز با توجه به شدت و تعدد مشکلات موجود در تاریخچه بزهکاران مبتلا به اختلال سلوک، انجام مداخله با طول مدت بیشتر به منظور ایجاد فرصت کافی برای پرداختن به این رویدادها، تجربه سوگواری ها و فقدان ها و حل بهتر تعارضات پیشنهاد می گردد. این مداخله می تواند به عنوان بخشی از یک برنامه درمانی جامع در کنار سایر درمان ها جهت کاهش خشم مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، استفاده از سیاهه های رفتاری که توسط پرسنل کانون تکمیل می گردد، می تواند امکان ارزیابی جامع تر نتایج مداخله را فراهم نماید.

منابع

- 1- Henggeler SW, Sheidow J. Conduct disorder and delinquency. *J Marital Fam ther*. 2003; (3): 45-56.
- ۲- انجمن روان پزشکی آمریکا. متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی. نیک خو، آوادیس یانس، مترجمان. تهران: انتشارات سخن؛ ۱۳۸۴. ص. ۱۷۴.
- 3- Tynan W. Conduct Disorder. Updated 2008 May 24; Available from: <http://www.emedicine.com>.
- 4- Decety J., Michalaska KJ, Akitsuki Y, Lahey BB. Atypical empathic responses in adolescents with aggressive conduct disorder: A functional MRI investigation. *Bio Psych* 2009; (80): 203-211.
- 5- Keiley M. Attachment and Affect Regulation: A Framework for Family Treatment of conduct Disorder. *J Fam Process*. 2002; (41): 477-483.
- 6- Lavin M, Rifkin A. Diagnosis and pharmacotherapy of conduct disorder. *Prog Neuropsychopharm Biol Psychiatry*. 1993; (17): 875-885.

17- Lawson

33- Spielbeger CD. Measuring the experience, expression, and control of anger. In H. Kassinoe (Ed.) *Anger Disorders: Definitions, Diagnosis, and treatment*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1999.

۳۴- نویدی احد. هنجاریابی پرسشنامه خشم اسپیلبرگر. تهران: شرکت هوش آزما نوین؛ ۱۳۸۵.

35- Haight B, Hendrix S. Life Review: Preventing Despair in Newly Relocated Nursing Home Residents: Short and Long-term Effects. *Int J Aging and Hum Dev*. 1995; 47(2): 199-142.

36- Deffenbacher JL. Cognitive behavioral approaches to anger reduction. In: Dobson KS, Craig KD. (Eds.), *Adv Cog Behav Ther* (pp. 31-62). Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996.

37- Jarosewitch R. The Power of Gentleness. *Gestalt Dialogue*. 1994; (1)11: 34-39.

38- Young L, Lester D. Gestalt Therapy Approach to Crisis Intervention with Suicidal Clients. *Brief Treat and Crisis Interven*. 2001; 1(1): 65-74.

39- Cull D. The treatment of rapists: A measure of preventions. *Sex Offender Treatment Program Casuarina Prison*. Western Australia; 2005.

40- Lawson DM. The development of abusive personality: A trauma response. *J Counsel and Develop*. 2001; (79): 505-509.

24- O'Leary E. & Nieuwstraten. Emerging psychological issues in talking about death and dying: A discourse analytic study. *Int J Advan Couns*. 2001; (23): 179-199.

25- Reedy MN, Birren JE. "Life Review Through Autobiography." Poster session. Annual Meeting of the American Psychological Association, Montreal, Canada; 1999.

26- Cull D. The treatment of rapists: A measure of preventions. *Sex Offender Treatment Program Casuarina Prison*. Western Australia; 2005.

27- Hyun MS, Kools S, Kim S. A model of recovery from substance abuse and dependence for Korean adolescent. *J Child and Adolesc Psychiatric Nurs*. 2003; (2): 23-34.

28- Morrel TM, Elliott JD, Murphy CM, Taft CT. Cognitive behavioral and supportive group treatments for partner-violent men. *Behav Ther*. 2003; (34): 77-95.

29- PDM Task Force, editors. *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations. 2006. p. 412-421.

30- Ricu V. The Cure in Psychoanalysis and Gestalt Therapy: A comparison study. *J clin psycho ther*. 2003; (47): 89-108.

31- Miller WR, White W. Confrontation in addiction treatment. *Counsel Mag*. 2007; (4): 24-28.

۳۲- مینایی اصغر. انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خود سنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی. ۱۳۸۵؛ (۱۹): ۵۵۸-۵۲۹.

