

Comparing the Effectiveness of Group Counseling based on Dialectical Behavior Therapy and Metacognitive Therapy on Reducing Aggression in Adolescent Boys with Divorced Parents

Aliakbar Godini¹, Mohsen Rasooli², Farshad Mohsenzadeh³

1. (Corresponding Author) PhD in Counseling, Kharazmi University, Faculty of Psychology, Tehran, Iran. Counseling6569@gmail.com
2. Assistant Professor, Department of Counseling, Kharazmi University, Faculty of Psychology, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Counseling, Kharazmi University, Faculty of Psychology, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Aim: Adolescent aggression causes significant disruption to one's individual and interpersonal life and, if left unchecked, can change their destiny. The purpose of this study was to conduct a comparison between the effects of two approaches, namely metacognitive therapy and dialectical behavior therapy, on reducing aggression in adolescent boys with divorced parents. **Methods:** The design of the present study was a quasi-experimental research including control group with pre-test, post-test and follow-up. The sample, consisting of 36 male students whose parents were divorced, was selected by convenience sampling method. The research tool was Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992). Research data were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA) and multivariate analysis of covariance (MANCOVA). **Findings:** The analysis of covariance in adolescents undergoing dialectical behavior therapy ($p < 0.05$) and metacognitive therapy ($P < 0.01$) interventions showed significant results. Both groups showed less aggression than adolescents in the control group and a significant difference was observed between the effects of these two types of interventions in reducing aggression. **Conclusion:** Based on the findings and the two-month follow-up, it can be concluded that dialectical behavior therapy reduced aggression among children of divorce by changing the components of emotional regulation, and metacognitive therapy did so by changing negative and irrational cognitions.

Keywords: Metacognitive therapy, dialectical behavior therapy, aggression, divorce



مقایسه تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک و فراشناخت درمانی بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر فرزند طلاق

علی اکبر گودینی^۱، محسن رسولی^۲، فرشاد محسن زاده^۳

۱. نویسنده مسئول)، دکترای تخصصی مشاوره، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روان شناسی، تهران، ایران.
Counseling6569@gmail.com
۲. استاد یارگروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روان شناسی، تهران، ایران.
۳. استاد یار گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روان شناسی، تهران، ایران.

(صفحات ۷۶-۱۰۵)

چکیده

هدف: پرخاشگری نوجوانان ماهیهی آشتنگی چشمگیر زندگی فردی و میان فردی می شود و در صورت عدم کنترل، موجب تغییر سرنوشت آنان می گردد. هدف از انجام این پژوهش مقایسه میزان تأثیر درمان فراشناخت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش پرخاشگری فرزندان نوجوان پسر طلاق بود. **روش:** طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع گروه گواه نامعادل با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اجرا شد. نمونه پژوهش شامل ۳۶ نفر از دانش آموزان پسر فرزند طلاق بود که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه پرخاشگری (باس و پری، ۱۹۹۲) بود. داده های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) و تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) تحلیل شدند. یافته ها: نتایج تحلیل کواریانس در نوجوانان تحت مداخله های رفتار درمانی دیالکتیک ($p < 0/05$) و فراشناخت درمانی ($P < 0/01$) را نشان داد. هر دو گروه، پرخاشگری کمتری از نوجوانان گروه کنترل نشان دادند و تفاوت معنی داری بین تأثیر این دو نوع مداخله در کاهش پرخاشگری مشاهده نشد. **نتیجه گیری:** براساس نتایج پژوهش و پیگیری دو ماهه می توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیک از طریق آموزش مؤلفه های تنظیم هیجانی و فراشناخت درمانی، به شیوه ی تغییر شناخت های منفی و غیرمنطقی موجب کاهش پرخاشگری در بین فرزندان طلاق گردید.

واژه های کلیدی: فراشناخت درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیک، پرخاشگری، طلاق

مقدمه

دشوارترین دوران حیات انسان از نظر تربیتی، دوران نوجوانی به شمار می‌رود (هار، اسکات و فان^۱، ۲۰۲۰). در این مقطع، استرس‌های زیادی به دلیل ورود به دوران بلوغ و ایجاد رفتارهای جدید بر نوجوان تحمیل می‌شود، حال اگر حواشی و مسائل دوران بلوغ با فشارهای دیگری چون طلاق والدین روبه‌رو شود، زمینه برای بروز بحران و مشکلات روانی فراهم خواهد شد که نتیجه‌ی آن می‌تواند موجب تغییر سرنوشت نوجوان گردد (کاستیلو ایتو، آرمیتیچ، نورمن، دی، دگرو و رو^۲، ۲۰۲۰). در زمینه آسیب‌ها و مشکلات فرزندان طلاق، تحقیقات بسیاری نشان می‌دهند که برخی از مشکلات روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و خودکشی نوجوانان به مسائل و فشارهای ناشی از طلاق برمی‌گردد (بریور، ۲۰۱۰^۳). به نظر می‌رسد طلاق، تنها یک رویداد در زندگی والدین و فرزندان نیست، بلکه تحولی است که موجب می‌شود بشر وارد عرصه‌ی جدیدی در زندگی شود. ورود به این عرصه می‌تواند عوارض جبران ناپذیری برای فرزندان داشته باشد و حتی اثرات آن را می‌توان در دوران‌های بعدی زندگی مشاهده و بررسی کرد (سچان^۴، سچولز، سچینگرو و گل، ۲۰۱۹). همانطور که اشاره شد یکی از عوارض و یا نتایج طلاق، پرخاشگری فرزندان است. پرخاشگری به رفتار عمدی فرد (کلامی یا غیرکلامی) می‌گویند که منجر به آسیب رساندن شخصی، روان‌شناختی یا جسمانی به خود و دیگران برای رسیدن به هدفی یا به منظور تخلیه هیجانی می‌شود (هیلز^۵، ۲۰۱۸). معمولاً تأثیر طلاق والدین در پرخاشگری فرزندان به شکل رفتارهای برون‌ریزانه^۶ نمود پیدا می‌کند.

1. Har A, Escout A, Phan O.
2. Castillo-Eito, I. Armitage, Ch.J. Norman, P. Day, M.R. Richard Rowe, D.
3. Brewer, M. M.
4. Schaan, Schulz, Schächinger & Vögele.
5. Hills, D.
6. Extrovert behaviors.

این نوع رفتارها در نوجوانان برون‌گرا^۱ و پسران بیشتر دیده می‌شود. این افراد نمی‌توانند خشمی که درونشان بوجود آمده را در قالب کلمات به پدر و مادرشان توضیح دهند و پرخاشگری زیادی نشان می‌دهند. بخصوص اگر به مدت طولانی در معرض دعوای فیزیکی و کلامی پدر و مادرشان قرار گرفته باشند. رفتارهای برون‌ریزانه علاوه بر پرخاشگری به شکل‌های مختلفی نمود پیدا می‌کنند، مانند اختلال کم‌توجهی^۲، اختلال بیش‌فعالی^۳ و اختلال نافرمانی^۴ (وانگ^۵، ۲۰۱۹).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند، عدم حضور پدر، واکنش‌های روان‌شناختی منفی‌تری برای پسران در مقایسه با دختران به همراه دارد. همچنین، پسران در اثر طلاق والدین، بیشتر دچار استرس و پرخاشگری می‌شوند، حمایت و توجه کمتری را دریافت می‌کنند، با طلاق ناسازگارترند و مشکلات بیشتری با بازسازی خانواده خواهند داشت (هترینگتون، کاکس و کاکس^۶، ۲۰۱۷). آنچه که باعث می‌شود پژوهشگران به پرخاشگری اهمیت بدهند، پیامدهای این‌گونه رفتارها برای نوجوانان است، مانند ایجاد تصویر منفی در میان همسالان و آموزگاران، طرد از سوی همسالان، افت تحصیلی، مصرف مواد مخدر و بزهکاری، همچنین آمارهای این پژوهش‌ها موید این نکته هستند که فرزندان نوجوان پسر طلاق برای ارضای انگیزه‌های خود از پرخاشگری خصمانه، کلامی و غیر کلامی بیشترین استفاده را می‌نمایند (آماتو^۷، ۲۰۱۴؛ پیک هاردت^۸، ۲۰۱۳؛ ندرهوف، بلسکی، اورمل و الدهینکل^۹، ۲۰۱۲؛ حاجی حسنی، فرح بخش، فلسفی نژاد و کلانترکوشه، ۱۳۹۵). براساس آنچه گفته شد، طلاق علاوه بر اینکه مشکلات اقتصادی، اجتماعی و

1. Extroverted teens.
2. Attention Deficit Disorder.
3. Hyperactivity Disorder.
4. Coping Disobedience Disorder.
5. Wang, M.
6. Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R.
7. Amato, P. R.
8. Pickhardt, C.
9. Nederhof, E., Belsky, J., Ormel, J., & Oldehinkel, A. J.

روانی را برای خانواده به همراه دارد، در فرزندان هم باعث اضطراب، احساس خشم، پرخاشگری، گناه، ناراحتی، ترس و مشکلات سازگاری می شود (واعظی، ۱۳۹۶). در همین راستا و با توجه به افزایش آمار طلاق در ایران که در چند سال اخیر مرز هشدار را نیز گذرانده است، لزوم مداخلات درمانی را در این زمینه بیش از پیش نمایان می سازد.

در ارتباط با رویکردهای درمانی برای درمان پرخاشگری، پژوهش های مختلفی انجام شده است. در این زمینه، روش های درمانی که شامل خودمتمایزسازی^۱ یا تفکیک خویشتن، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲، مهارت های زندگی^۳ و برنامه مداخله ای که مربوط به طلاق والدین بود جهت بررسی تأثیر این روش ها در کاهش پرخاشگری در گروه های هدف مورد بررسی قرار گرفته است (لی^۴، ۲۰۱۹؛ وانگ، ۲۰۱۹؛ سچان و همکاران، ۲۰۱۹؛ جانسون، هوفارت، نورداهل و وامپولد^۵، ۲۰۱۷؛ میلی، کارارسی، پولی و بایلی^۶، ۲۰۱۶؛ کاظمیان و اسماعیلی، ۱۳۹۱). یکی از رویکردهای درمانی در این زمینه، درمان فراشناختی^۷ می باشد. به نظر می رسد، پیشرفت در زمینه ی درمان پرخاشگری می بایست بر پایه ی مکانیزم ها و عوامل زیربنایی نگرانی مرضی قرار گیرد. از این رو، مدل فراشناختی ولز، به دلیل مفهوم سازی بحث انگیز و نیز برخوردار از دستورالعمل های دقیق درمانی، مورد توجه قرار گرفته است. این مدل بیان می کند که افراد مبتلا به اضطراب و پرخاشگری در مورد نگرانی ها و رفتارهای خود، باورهای مثبتی دارند که از آن به عنوان یک ابزار سودمند در جهت مقابله با تهدیدها یاد می کنند. به عقیده ی ولز، سندروم شناختی - توجهی^۸، شامل مجموعه ای از فرایندها و فعالیت های شناختی و توجهی است که بیشتر به صورت پردازش مفهومی مداوم و اغلب به شکل

1. Self-differentiation.
2. Cognitive therapy based on mindfulness.
3. Life skills.
4. Lee,S.
5. Johnson,S.U., Hoffart, A., Nordahl,H.M., & Wampold ,M.
6. Melli,G., Carraresi,C., Poli,A., & Bailey,R.
7. metacognitive therapy.
8. Cognitive-attention syndrome.

نگرانی، نشخوار فکری^۱، پایش تهدید^۲، تمرکز بر خطر، سرکوب افکار و رفتارهایی مانند اجتناب شناختی^۳، رفتاری و هیجانی رخ می‌نماید (ولز^۴، ۱۳۹۶). بنابراین، درمان فراشناختی، رویکردی جدید در درک علل مشکلات بهداشت روانی و درمان افراد دارای اختلالات شناختی، هیجانی و رفتاری از جمله اضطراب و پرخاشگری به شمار می‌رود (سالگوئرو، گارسایاسانچو، سجدو و ویماندا^۵؛ کورن، اسپیر، استرن، ادرس، رزنیک، اپترو و سیدمن، ۲۰۱۸). در واقع منطق انتخاب فراشناخت درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک در این پژوهش، برای این است که فراشناخت درمانی به دلیل کاربرد تکنیک‌هایی که منجر به تغییر شناخت می‌شوند، تأثیر قابل توجهی بر کنترل و حذف پرخاشگری دارد. نوجوانان پس از تغییر شناخت، آگاهی نسبت به تحریف‌های شناختی و حذف محرک‌هایی که منجر به پرخاشگری می‌شود، رفتارهای بهنجار و مطلوبی نشان می‌دهند و معمولاً سازگاری بیشتری با محیط خانواده، مدرسه و جامعه پیدا می‌کنند، که در نهایت منجر به کاهش آسیب‌پذیری و پرخاشگری در نوجوانان می‌شود (ولز، ۱۳۹۶).

یکی دیگر از روش‌های درمانی برای کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان، استفاده از روش رفتاردرمانی دیالکتیک^۶ می‌باشد (ویلکز، والنستین، ترن، کینگ، لونگو و لینهان^۷، ۲۰۱۷؛ کلیبر، فلدر، اشبی، اسکت، دن و دیمیدجیان^۸، ۲۰۱۷؛ علیجانزاده، مکوند حسینی و کیان ارثی، ۱۳۹۳؛ آسمند، مامی و ولیزاده، ۱۳۹۴). رفتاردرمانی دیالکتیک، ابتدا در سال ۱۹۹۳ توسط مارشا لینهان^{۱۰} به وجود آمد (مارکو،

1. Rumination.
2. Threat monitoring.
3. Cognitive avoidance.
4. Wells, A.
5. Salguero, J., García-Sancho, E., Cejudo, J., & Dymand, L.
6. Koren, D., Scheyer, R., Stern, Y., Adres, M., Reznik, N., Apter, A., & Seidman, L.
7. dialectical behavior therapy.
8. Wilks, C.R., Valenstein, H., Tran, H., King, A.M., Lungu, A., & Linehan, M.M.
9. Kleiber, B.V., Felder, J.N., Ashby, B., Scott, S., Den, J., & Dimidjian, S.
10. Marsha Linhan.

گارسیا-پالاسیوز و بوتلا^۱، ۲۰۱۳) که به شیوه‌ی شناختی-رفتاری عمل می‌کند (علوی، ۲۰۱۱). این درمان، در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی^۲ استفاده می‌شد که اثربخشی آن برای درمان این اختلال از سوی انجمن روانپزشکی آمریکا هم مورد تأیید قرار گرفت (واگنر، ریزوی و هارند^۳، ۲۰۰۷). رفتار درمانی دیالکتیک که یک ترکیب نویدبخش از فنون شناختی-رفتاری، روان‌تحلیلی و آموزش ذهن آگاهی آیین‌های روان‌شناختی و معنوی شرقی (عمدتاً آیین ذن) می‌باشد، هدفش کمک به مراجعان برای پذیرش هیجان‌ات خود و همچنین تغییر تجربه‌ی هیجانی آن‌هاست. به طور کلی، در رفتار درمانی دیالکتیک، جهت پذیرش زندگی به شکلی که هست، به مراجعان مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود (زهراکار و جعفری، ۱۳۹۴). مهم‌ترین این مهارت‌ها عبارتند از، مهارت‌های آگاهی ذهنی، شناسایی و توصیف احساسات، پذیرش همه‌ی احساسات، توجه به هیجان‌ات بدون تلاش برای اجتناب در صورت دردناک بودن آن‌ها و مهارت روابط بین فردی است که در پژوهش‌های (نوش کیا، رسولی و بهرام آبادی، ۱۳۹۹؛ علیجانزاده و همکاران، ۱۳۹۳؛ گله‌گیران و دیره، ۱۳۹۶) دیده می‌شود.

با توجه به افزایش روز افزون آمار طلاق در کشور و با عنایت به اینکه فرزندان در جریان جدایی والدین آسیب‌های فراوانی از قبیل پرخاشگری، اضطراب و افسردگی را ممکن است تجربه کنند، شناسایی و بکارگیری مداخلات موثر در زمینه کاهش اینگونه آسیب‌ها، به ویژه پرخاشگری فرزندان طلاق یک نیاز ضروری به نظر می‌رسد. به عبارت دیگر پژوهش درباره‌ی اثربخشی رویکردهای درمانی برای کاهش آسیب‌های موجود، می‌تواند راه حل مناسبی برای سازگاری بیشتر فرزندان در زندگی و همچنین کسب لذت و امیدواری به آینده در روابط جدید باشد. بنابراین با توجه به کاربرد فراشناخت درمانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر فرزند طلاق، پژوهش حاضر در

1. Marco, J.H., García-Palacios, A., & Botella, C.
 2. Borderline personality disorder.
 3. Wagner, A.W., Rizvi, S.L., & Harned, M.S.

پی پاسخگویی به پرسشهای زیر است:

آیا مشاوره گروهی مبتنی بر درمان فراشناخت و رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش پرخاشگری فرزندان نوجوان پسر طلاق موثر است؟
 آیا بین میزان تأثیر درمان فراشناخت و رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش پرخاشگری فرزندان نوجوان پسر طلاق تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی^۱ از نوع گروه گواه نامعادل با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه بود. از آنجا که مبنای انتخاب نمونه در تحقیقات آزمایشی و شبه‌آزمایشی برای هر گروه ۱۲ نفر است (سعدی پور، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پسر طلاق (مقطع متوسطه دوم، ناحیه ۱ یک کرج) بودند که از بین مدارس ناحیه ۱ کرج، مدارس نیکان و شهدای حصار در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۷، به دلیل فراوانی فرزندان طلاق در این دو مرکز انتخاب و در مرحله‌ی بعد، ۳۶ نفر از دانش‌آموزان با دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش و کسب نمرات بالا در پرسشنامه پرخاشگری (AGQ) انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش یک، دو و گروه گواه جایگزین شدند. قبل از اجرای برنامه‌های درمانی، در طی یک جلسه از هر سه گروه پیش‌آزمون گرفته شد، سپس برنامه‌های درمانی فراشناخت درمانی و رفتار درمانی دیالکتیک در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای در مدارس شهدای حصار و نیکان، به صورت هفته‌ای چهار جلسه برگزار گردید و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد، در مرحله بعد، پس از اتمام جلسات برای سنجش تأثیر مداخله، مجدداً در طی یک جلسه از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. برای ارزیابی تأثیر مداخله در دوره پیگیری پس از گذشت دو ماه از اجرای پس‌آزمون، با اجرای ابزار برگروه آزمایش، اقدام به ارزیابی و سنجش مجدد افراد گردید. لازم به ذکر است که میزان ریزش دانش‌آموزان در گروه‌های آزمایشی صفر

1. Quasi-experimental design.

درصد بوده است و این امر به دلیل انجام پژوهش در زمان حضور دانش آموزان در مدرسه و همچنین استقبال مدیر، والد و خود دانش آموزان فراگیری مطالب ارائه شده بود. شرایط ورود شامل: نداشتن بیماری روانی و بدنی موثر و مشهود، دانش آموزان مقطع متوسطه دوم ناحیه ۱ کرج و دانش آموزانی که پدر و مادر آنها قانوناً از یکدیگر طلاق گرفته باشند و ملاک‌های خروج بدین ترتیب بود: عدم مشارکت نوجوانان در بیشتر از ۳ جلسه درمانی و نوجوانانی که همزمان در برنامه روان‌شناختی و درمانی دیگری شرکت می‌کنند. حق گمنامی اعضای شرکت‌کننده مطابق خواسته آن‌ها در پژوهش به طور کامل رعایت شده است. نیاز به ذکر است با توجه به اهمیت موضوع و اثربخش بودن درمان گروه‌های آزمایشی، پس از نشست پیگیری، کار درمان از دید اخلاقی بر روی گروه گواه نیز انجام شد که برآمدهای درمانی آن‌ها نیز اثربخش بود.

ابزار

پرسشنامه پرخاشگری (AGQ): این پرسشنامه یکی از موفق‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری پرخاشگری است که توسط باس و پری^۱ در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۳۰ سؤال است که ۱۲ سؤال آن (۲۰، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۳۰)، رفتار پرخاشگرانه و ۷ سؤال آن (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۹) احساس پرخاشگرانه را می‌سنجد. این ابزار یک پرسشنامه‌ی خودسنجی است که آزمودنی به یکی از پنج گزینه‌ی، از ۱ (کاملاً من را توصیف نمی‌کند) تا ۵ (کاملاً من را توصیف می‌کند)، پاسخ می‌دهد. افرادی که در این پرسشنامه نمره‌ی کم‌تر از میانگین کسب کنند پرخاشگری پایین خواهند داشت. نتایج تحلیل روان‌سنجی باس و پری نشان داده است که این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی (۰/۸۹) برخوردار است. همچنین همبستگی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل زیرمقیاس که میان ۰/۲۵ تا ۰/۴۵ متغیر

1. Buss & Perry.

است، بیانگر روایی مناسب این ابزار بوده است. پایایی به دست آمده بین نمره‌های آزمودنی در دو نوبت (آزمون و آزمون مجدد) برای کل آزمودنی‌ها (۹۱ نفر)، آزمودنی‌های دختر (۴۸ نفر) و آزمودنی‌های پسر (۳۸ نفر) به ترتیب ۰/۷، ۰/۶۸ و ۰/۷۹ بوده است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۷ و برای آزمودنی‌های دختر ۰/۸۶ و برای آزمودنی‌ها پسر ۰/۸۹ بوده است (محمدی، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه پرخاشگری از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است.

مراحل مختلف درمان فراشناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی در این پژوهش به صورت خلاصه در زیر آمده است (جدول ۱ و ۲).

جدول ۱. خلاصه درمان فراشناختی^۱ براساس روش ولز (ولز، ۲۰۰۷).

| جلسات | محتوا |
|------------------|--|
| اول و دوم | تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، شناسایی و نام‌گذاری دوره‌های نشخوار فکری، تمرین تکنیک آموزش توجه، تکلیف خانگی |
| سوم و چهارم | مرور تکلیف خانگی، معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نشخوار فکری، تکلیف خانگی |
| پنجم و ششم | مرور تکلیف خانگی، شناسایی برانگیزاننده‌ها و به کارگیری ذهن آگاهی گسلیده، تمرین تکنیک آموزش توجه، بررسی سطح فعالیت و مقابله‌ی اجتنابی، تکلیف خانگی |
| هفتم و هشتم | مرور تکلیف خانگی، واریسی به کارگیری به تعویق انداختن نشخوار فکری (تقویت کاربرد بیشتر)، چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، تکلیف خانگی |
| نهم و دهم | مرور تکلیف خانگی، واریسی کاربرد گسترده و پایدار ذهن آگاهی گسلیده، ادامه‌ی چالش با باورهای مثبت درباره‌ی نشخوار فکری، بررسی سطح فعالیت، تمرین تکنیک آموزش توجه، تکلیف خانگی |
| یازدهم و دوازدهم | مرور تکلیف خانگی، بررسی و چالش با باورهای منفی درباره‌ی هیجان/اضطراب و پرخاشگری |
| سیزدهم و | مرور تکلیف خانگی، کاربروری تدوین برنامه‌های جدید، بررسی و تغییر ترس از بازگشت |

| جلسات | محتوا |
|-------------------|--|
| چهاردهم | علائم، تکلیف خانگی |
| پانزدهم و شانزدهم | مرور تکلیف خانگی، جلوگیری از عود، کار بر روی باورهای فراشناختی باقیمانده، پیش‌بینی برانگیزاننده‌های آتی و بحث درباره‌ی نحوه استفاده از برنامه‌ی جدید، برنامه‌ریزی جلسات تقویتی |

جدول ۲. خلاصه برنامه رفتاردرمانی دیالکتیکی^۱ (لینهان، ۲۰۰۲).

| مهارت | جلسات | محتوای هر جلسه |
|-----------------------------|------------------|--|
| مقدمه و آموزش هشیاری فراگیر | اول و دوم | در جلسه اول، پس از آشنایی با اهداف و قوانین، اعضای گروه در بخش مهارت‌های هشیاری فراگیر، با سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا آشنا میشوند. به اعضای گروه توضیح داده میشود که منظور از حالات ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگراست. |
| | سوم و چهارم | در این جلسه علاوه بر تمرین حالات ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های "چه چیز" و مهارت‌های "چگونه" هشیاری فراگیر، شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های "چگونه" شامل اتخاذ موضع غیرقضاوتی، خود ذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن اختصاص یافت. |
| | پنجم و ششم | مهارت‌های "چه چیز" و "چگونه" به طور عملی در گروه تمرین شد. چون این تمرین‌ها هسته مرکزی DBT محسوب می‌شود، بنابراین در ابتدا آموزش داده می‌شود. |
| آموزش تنظیم هیجانی | هفتم و هشتم | در این جلسه علاوه بر مرور تمرین‌های جلسات قبل، به آموزش بخشی از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن پرداخته شد. |
| | نهم و دهم | در این جلسه بخش دیگری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل الگوی شناسایی هیجان‌ات و برچسب زدن به آنها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجان‌ات می‌گردد، آموزش داده شد. |
| | یازدهم و دوازدهم | در این جلسه ضمن مرور مهارت‌های قبلی، به آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها، حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب پذیری نسبت به هیجان‌های منفی پرداخته شد. |

| مهارت | جلسات | محتوای هر جلسه |
|--------------------|-------------------|--|
| آموزش تحمل پریشانی | سیزدهم و چهاردهم | در این جلسه به آموزش بخشی از مؤلفه تحمل پریشانی، یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل: مهارت‌های پرت کردن حواس و خودآرام سازی با حواس پنج گانه پرداخته شد. |
| | پانزدهم و شانزدهم | در جلسه آخر، ضمن مرور آموزش‌های قبلی، مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجه شدن با ناکامی یا احساس خشم از راهبردهای بقا در بحران به صورت عملی در گروه تمرین شد؛ همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان مدنظر قرار گرفت. |

یافته‌ها

ابتدا داده‌های جمعیت شناختی مربوط به گروه آزمایش و گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن افراد گروه کنترل برابر با ۱۶ سال، گروه درمان فراشناخت برابر با (۱۵/۳۳) و میانگین سن افراد گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی برابر با (۱۶/۴۰) سال بود، حضانت فرزندان گروه‌ها نیز بدین ترتیب بود، درمان فراشناخت (۶۸ درصد با مادر و ۳۲ درصد با پدر)، رفتاردرمانی دیالکتیک (۷۱ درصد با مادر و ۲۹ درصد با پدر) و گروه کنترل (۶۴ درصد با مادر و ۳۶ درصد با پدر) بود. همچنین میزان تحصیلات والدین در گروه‌ها بدین گونه بود، گروه رفتاردرمانی دیالکتیک (۵۰ درصد زیر دیپلم، ۳۶ درصد دیپلم و ۱۴ درصد بالاتراز دیپلم)، گروه کنترل (۵۴ درصد زیر دیپلم، ۳۴ درصد دیپلم و ۱۲ درصد بالاتراز دیپلم) و گروه فراشناخت درمانی (۴۶ درصد زیر دیپلم، ۳۴ درصد دیپلم و ۲۰ درصد بالاتراز دیپلم) بودند. میانگین وانحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر پرخاشگری گروه‌های کنترل، درمان فراشناخت و رفتاردرمانی دیالکتیکی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. توصیف آماری نمرات پرخاشگری در سه مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه

| گروه | متغیر | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیگیری |
|-----------------------|-----------------|------------------|---------|------------------|---------|--------|
| | | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | |
| کنترل | پرخاشگری کلامی | ۳/۵۸۹ | ۱۱/۸۳ | ۲/۹۶۸ | ۱۰/۹۲ | ۳/۱۰۸ |
| | پرخاشگری جسمانی | ۲/۸۳۹ | ۶/۳۳ | ۳/۱۸۶ | ۶/۱۷ | ۲/۶۲۳ |
| | خشم | ۴/۷۳۱ | ۹/۷۵ | ۳/۹۳۴ | ۹/۲۵ | ۴/۱۶۶ |
| | خصوصیت | ۳/۶۸۹ | ۱۰/۵۳ | ۳/۲۷۱ | ۹/۸۳ | ۳/۲۸۸ |
| | پرخاشگری | ۱۲/۳۵۳ | ۳۷/۶۷ | ۱۱/۰۳۶ | ۳۵/۸۳ | ۱۱/۹۳۴ |
| رفتاردرمانی دیالکتیکی | پرخاشگری کلامی | ۳/۴۸۶ | ۱۲/۷ | ۳/۵۱۶ | ۸/۵۴ | ۳/۲۷۹ |
| | پرخاشگری جسمانی | ۳/۱۷۵ | ۶/۹۲ | ۲/۱۰۹ | ۳/۴۲ | ۲/۳۹۲ |
| | خشم | ۳/۶۸۹ | ۱۰/۱۷ | ۳/۱۷ | ۶/۰۸ | ۲/۷۱۲ |
| | خصوصیت | ۲/۹۱۸ | ۹/۸۳ | ۲/۴۶۶ | ۵/۹۲ | ۲/۶۷۴ |
| | پرخاشگری | ۱۱/۰۰۳ | ۳۵/۸۳ | ۱۰/۳۱۶ | ۲۶/۶۷ | ۱۰/۵۶۰ |
| درمان فراشناخت | پرخاشگری کلامی | ۳/۲۰۴ | ۱۲/۸ | ۲/۳۹۲ | ۱۰/۴۲ | ۲/۵۱۷ |
| | پرخاشگری جسمانی | ۲/۹۸۰ | ۷/۸۳ | ۲/۸۱۲ | ۵/۵۲ | ۲/۴۹۸ |
| | خشم | ۳/۷۸۶ | ۱۱/۲۱ | ۳/۳۹۳ | ۸/۳۳ | ۳/۲۰۴ |
| | خصوصیت | ۳/۹۶۵ | ۹/۵۸ | ۳/۲۳۲ | ۷/۰۸ | ۳/۶۲۱ |
| | پرخاشگری | ۱۴/۷۷۹ | ۳۶/۶۷ | ۱۴ | ۳۱ | ۱۳/۳۵۸ |

در جدول ۱ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات پرخاشگری و مؤلفه‌های آن به تفکیک برای افراد گروه‌های کنترل، درمان فراشناخت و رفتاردرمانی دیالکتیکی، در سه مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) نشان داده شده

است. همان طور که ملاحظه می‌گردد در گروه کنترل میانگین نمرات در پیش‌آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه‌های آزمایش، شاهد کاهش نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون هستیم. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد.

جدول ۲. نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

| پیگیری | | پس آزمون | | پیش آزمون | | متغیر |
|---------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|-----------------|
| سطح معنی داری | Z کالموگروف اسمیرنوف | سطح معنی داری | Z کالموگروف اسمیرنوف | سطح معنی داری | Z کالموگروف اسمیرنوف | |
| ۰/۷۰ | ۰/۱۱ | ۰/۵۷ | ۰/۱۲ | ۰/۷۵ | ۰/۱۰ | پرخاشگری کلامی |
| ۰/۳۷ | ۰/۱۴ | ۰/۱۱ | ۰/۱۹ | ۰/۸۷ | ۰/۰۹ | پرخاشگری جسمانی |
| ۰/۳۸ | ۰/۱۴ | ۰/۴۱ | ۰/۱۴ | ۰/۷۹ | ۰/۱۰ | خشم |
| ۰/۷۹ | ۰/۱۰ | ۰/۵۴ | ۰/۱۲ | ۰/۶۴ | ۰/۱۱ | خصوصیت |

در جدول ۲ نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آورده شده است. براساس نتایج مندرج در جدول و با توجه به عدم معنی داری مقادیر بدست آمده فرض نرمال بودن توزیع نمرات تایید شد. به منظور مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان فراشناخت بر کاهش پرخاشگری فرزندان نوجوان پسر، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج بدست آمده برای مقایسه اثربخشی به تفکیک در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در ادامه ارایه شده است. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات در گروه‌های آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در گروه‌ها برابر است ($F_{12.75} = 0.703, P > 0.05$). نتایج آزمون لوین برای بررسی

همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس پرخاشگری کلامی ($F_{2,33}=1/03, p>0/05$)، پرخاشگری جسمانی ($F_{2,33}=0/55, p>0/05$)، خشم ($p>0/05$)، $F_{2,33}=1/37$ و خصومت ($F_{2,33}=3/077, p>0/05$) در گروه‌ها برابری باشد. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌های آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها برابر است ($p>0/05, F=1/040, \text{Box-M}=25/34$). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی داری رابطه بین متغیرها نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنی دار است ($p<0/01, df=9, \chi^2=110/91$). پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین سه گروه در مؤلفه‌های پرخاشگری در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<0/01, F_{8,52}=3/96, \text{Wilks } \Lambda=0/386$). برای بررسی این که گروه آزمایش و کنترل در کدام یک از مؤلفه‌های پرخاشگری با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۳ نتایج مرحله پس آزمون گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های پرخاشگری در مرحله پس آزمون

| متغیر | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|-----------------|-----------|---------------|------------|-----------------|------|--------------|------------|
| پرخاشگری کلامی | بین گروهی | ۳۲,۲۰ | ۲ | ۱۶,۱۰ | ۴۳,۸ | ۰,۰۰۱ | ۰,۳۶ |
| | خطا | ۵۵,۳۷ | ۲۹ | ۱,۹۱ | | | |
| پرخاشگری جسمانی | بین گروهی | ۳۶,۷۱ | ۲ | ۱۸,۳۵ | ۶,۶۷ | ۰,۰۰۴ | ۰,۳۱ |
| | خطا | ۷۹,۷۱ | ۲۹ | ۲,۷۴ | | | |

| متغیر | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|-------|-----------|---------------|------------|-----------------|------|--------------|------------|
| خشیم | بین گروهی | ۵۰,۹۷ | ۲ | ۲۵,۴۸ | ۹,۱۲ | ۰,۰۰۱ | ۰,۳۸ |
| | خطا | ۸۰,۹۸ | ۲۹ | ۲,۷۹ | | | |
| خصومت | بین گروهی | ۲۹,۰۵ | ۲ | ۱۴,۲ | ۸,۰۵ | ۰,۰۰۲ | ۰,۳۵ |
| | خطا | ۵۲,۲۹ | ۲۹ | ۱,۸۰ | | | |

با توجه به جدول ۳ آماره F برای مؤلفه‌های پرخاشگری کلامی ($P < 0/01$)، $(F_{2,29} = 8/43)$ ، پرخاشگری جسمانی ($(F_{2,29} = 6/67, P < 0/01)$)، خشیم ($(F_{2,29} = 9/12, P < 0/01)$) و خصومت ($(F_{2,29} = 8/05, P < 0/01)$) معنی دار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در این متغیرها در مرحله پس از آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین اندازه اثر در جدول ۳ نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۳۶/۸ درصد از تغییرات پرخاشگری کلامی، ۳۱/۵ درصد از تغییرات پرخاشگری جسمانی، ۳۸/۶ درصد از تغییرات خشیم و ۳۵/۷ درصد از تغییرات خصومت را تبیین می‌کند. به منظور مقایسه زوجی گروه‌ها، از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها در مرحله پس از آزمون

| متغیر وابسته | گروه ۱ | گروه ۲ | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | سطح معنی داری |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| پرخاشگری کلامی | کنترل | رفتار درمانی | ۲,۳۴ | ۰,۵۷ | ۰,۰۰۱ |
| | | دیالکتیکی | | | |
| | رفتار درمانی | درمان فراشناخت | ۱,۸۹ | ۰,۵۸ | ۰,۰۱ |
| دیالکتیکی | درمان فراشناخت | | -۱,۲۵ | ۰,۵۷ | ۰,۱۱۰ |

| متغیر وابسته | گروه ۱ | گروه ۲ | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | سطح معنی داری |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|----------------|----------------|---------------|
| پرخاشگری جسمانی | کنترل | رفتاردرمانی دیالکتیکی | ۲,۵۰ | ۰,۶۸ | ۰,۰۰۳ |
| | | درمان فراشناخت | ۱,۷۷ | ۰,۷۰ | ۰,۰۳۷ |
| | رفتاردرمانی دیالکتیکی | درمان فراشناخت | -۱,۰۳ | ۰,۶۸ | ۰,۴۲۸ |
| خشم | کنترل | رفتاردرمانی دیالکتیکی | ۲,۹۳ | ۰,۶۹ | ۰,۰۰۱ |
| | | درمان فراشناخت | ۱,۹۰ | ۰,۷۱ | ۰,۰۳۶ |
| | رفتاردرمانی دیالکتیکی | درمان فراشناخت | -۱,۰۲ | ۰,۶۹ | ۰,۴۴۴ |
| خصوصیت | کنترل | رفتاردرمانی دیالکتیکی | ۲,۲۲ | ۰,۵۵ | ۰,۰۰۱ |
| | | درمان فراشناخت | ۱,۴۰ | ۰,۵۷ | ۰,۰۲۱ |
| | رفتاردرمانی دیالکتیکی | درمان فراشناخت | -۰,۸۱ | ۰,۵۵ | ۰,۴۵۶ |

در جدول ۴ مقایسه‌های زوجی جهت بررسی میانگین نمرات پرخاشگری گروه‌های کنترل، رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان فراشناخت در مرحله پس ازآزمون آورده شده است. براساس نتایج بدست آمده تفاوت بین میانگین نمرات گروه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان فراشناخت با گروه کنترل معنی دار می‌باشد ($p < 0/05$). تفاوت بین میانگین نمرات گروه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان فراشناخت معنی دار نیست ($p > 0/05$). نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پیگیری نمرات در گروه‌های آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در گروه‌ها برابر است ($P > 0/05$ ، $F_{12,75} = 1/06$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس پرخاشگری کلامی ($F_{2,33} = 2/44$ ، $p > 0/05$)، پرخاشگری جسمانی ($F_{2,33} = 0/88$ ، $p > 0/05$)، خشم ($F_{2,33} = 0/29$ ، $p > 0/05$) و خصوصیت ($p > 0/05$)

در گروه‌ها برابر می‌باشد. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌های آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها برابر است ($F_{2,33}=0/38$, $Box = 24/97$, $F=1/02$, $p>0/05$). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی داری رابطه بین متغیرها نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنی دار است ($x^2 = 17/54$, $df=9$, $p<0/05$). پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین سه گروه در مؤلفه‌های پرخاشگری در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد ($Wilks \text{ Lambda} = 0/211$, $F_{8,52} = 7/66$, $p<0/01$). برای بررسی این که گروه آزمایش و کنترل در کدام یک از مؤلفه‌های پرخاشگری با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری تفاوت گروه‌های آزمایش و

کنترل در مؤلفه‌های پرخاشگری در مرحله پیگیری

| متغیر | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|-----------------|-----------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|------------|
| پرخاشگری کلامی | بین گروهی | ۱۱,۵۷ | ۲ | ۵,۷۸ | ۹,۱۶ | ۰,۰۰۱ | ۰,۳۸ |
| | خطا | ۱۸,۳۰ | ۲۹ | ۰,۶۳ | | | |
| پرخاشگری جسمانی | بین گروهی | ۲۸,۲۲ | ۲ | ۱۴,۱۱ | ۱۱,۴۸ | ۰,۰۰۱ | ۰,۴۴ |
| | خطا | ۳۵,۶۳ | ۲۹ | ۱,۲۲ | | | |
| خشم | بین گروهی | ۲۷,۶۵ | ۲ | ۱۳,۸۳ | ۱۲,۲۷ | ۰,۰۰۱ | ۰,۴۵ |
| | خطا | ۳۲,۶۷ | ۲۹ | ۱,۱۲ | | | |
| خصوصیت | بین گروهی | ۱۶,۸۹ | ۲ | ۸,۴۴ | ۷,۹۸ | ۰,۰۰۲ | ۰,۳۵ |
| | خطا | ۳۰,۶۵ | ۲۹ | ۱,۰۵ | | | |

با توجه به جدول ۵ آماره F برای مؤلفه‌های پرخاشگری کلامی ($P < 0/01$)، پرخاشگری جسمانی ($F_{2,29} = 9/16$)، پرخاشگری جسمانی ($F_{2,29} = 11/48$)، خشم ($P < 0/01$)، $F_{2,29} = 12/27$ و خصومت ($F_{2,29} = 7/98$)، $P < 0/01$) معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در این متغیرها در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اندازه اثر در جدول ۵ نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۳۸/۷ درصد از تغییرات پرخاشگری کلامی، ۴۴/۲ درصد از تغییرات پرخاشگری جسمانی، ۴۵/۸ درصد از تغییرات خشم و ۳۵/۵ درصد از تغییرات خصومت را تبیین می‌کند. به منظور مقایسه زوجی گروه‌ها، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

جدول ۶. آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها در مرحله پیگیری

| متغیر وابسته | گروه ۱ | گروه ۲ | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | سطح معنی‌داری |
|-----------------|------------------------|------------------------|----------------|----------------|---------------|
| پرخاشگری کلامی | کنترل | رفتار درمانی دیالکتیکی | ۲,۳۹ | ۰,۳۳ | ۰,۰۰۱ |
| | رفتار درمانی دیالکتیکی | درمان فراشناخت | ۱,۹۱ | ۰,۳۳ | ۰,۰۳۴ |
| | | درمان فراشناخت | -۰,۴۸ | ۰,۳۲ | ۰,۴۵۸ |
| پرخاشگری جسمانی | کنترل | رفتار درمانی دیالکتیکی | ۲,۱۵ | ۰,۴۶ | ۰,۰۰۱ |
| | رفتار درمانی دیالکتیکی | درمان فراشناخت | ۱,۵۴ | ۰,۴۷ | ۰,۰۰۸ |
| | | درمان فراشناخت | -۰,۶۰ | ۰,۴۵ | ۰,۵۹۱ |
| خشم | کنترل | رفتار درمانی دیالکتیکی | ۲,۱۵ | ۰,۴۴ | ۰,۰۰۱ |
| | رفتار درمانی دیالکتیکی | درمان فراشناخت | ۱,۴۴ | ۰,۴۵ | ۰,۰۱۰ |
| | | درمان فراشناخت | -۰,۷۱ | ۰,۴۳ | ۰,۳۴۸ |

| متغیر وابسته | گروه ۱ | گروه ۲ | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | سطح معنی داری |
|--------------|--------------------------|--------------------------|----------------|----------------|---------------|
| خصوصیت | کنترل | رفتاردرمانی دیالکتیکی | ۱,۶۸ | ۰,۴۲۶ | ۰,۰۰۱ |
| | | درمان فراشناخت | ۱,۱۴ | ۰,۴۳ | ۰,۰۴۲ |
| | رفتاردرمانی دیالکتیکی | درمان فراشناخت | -۰,۵۳ | ۰,۴۲ | ۰,۰۵۷ |

در جدول ۶ مقایسه‌های زوجی جهت بررسی میانگین نمرات پرخاشگری گروه‌های کنترل، رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان فراشناخت در مرحله پیگیری آورده شده است. براساس نتایج بدست آمده تفاوت بین میانگین نمرات گروه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان فراشناخت با گروه کنترل معنی دار می‌باشد ($p < 0/01$). تفاوت بین میانگین نمرات گروه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان فراشناخت معنی دار نیست ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان اثربخشی درمان فراشناخت و رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش پرخاشگری فرزندان نوجوان پسر طلاق انجام گرفت. نتایج نشان داد که مشاوره گروهی به هر دو روش مبتنی بر فراشناخت درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر مؤثر است. این یافته با یافته‌های سالگوئرو، گارسیاسانچو، سجدوو و دیمانند (۲۰۱۹)، کورن و همکاران (۲۰۱۸)، قلی‌نژاد، کریم‌زاده، شاهین‌فرد و تشویشی (۱۳۹۴)، افتخاری (۱۳۹۲)، ویلکز و همکاران (۲۰۱۷)، کورتنی و فلامنت^۱ (۲۰۱۵)، فریزر و ولا^۲ (۲۰۱۴) و علیجانزاده و همکاران (۱۳۹۳) همخوان است. نتایج نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر درمان فراشناخت بر کاهش پرخاشگری

1. Courtney & Flament.
2. Frazier & Vela.

فرزندان نوجوان پسر طلاق مؤثر است. این یافته با یافته‌های سالگوئرو، گارسیاسانچو، سجودو و دیمانند (۲۰۱۹)، کورن و همکاران (۲۰۱۸)، قلی‌نژاد، کریم‌زاده، شاهین‌فرد و تشویشی (۱۳۹۴)، افتخاری (۱۳۹۲) هم خوان است. بنابراین در تبیین اثربخشی رویکرد مبتنی بر فراشناخت درمانی بر پرخاشگری فرزندان نوجوان پسر طلاق می‌توان گفت آنچه سبب تأثیرگذاری برنامه‌ی درمانی به کاررفته شده در کاهش پرخاشگری کلامی، جسمانی، خشم و خشونت شده، این است که برنامه‌ی درمانی فراشناخت، برگرفته از نظریه‌ی شناختی می‌باشد و اساس کاهش پرخاشگری هم بر بازسازی شناختی و کنترل خشم استوار است. به علاوه، این برنامه بر مبنای تغییرات شناختی و ایجاد تغییر در شناخت افراد استوار است که پس از بازسازی شناختی، زمینه برای نوجوانانی که دارای مشکلات شناخت‌های منفی، بدبینی نسبت به دیگران، تفکرات غیرمنطقی و تعصبات بی‌جا بوده‌اند، فراهم می‌شود تا در احساسات، افکار و رفتارهای پرخاشگرانه‌ی آن‌ها بعد از طلاق تغییر ایجاد شود (لی، ۲۰۱۹). دلیل دیگر تأثیرگذاری در کاهش پرخاشگری این است که در این برنامه درمانی، مدیریت خشم و پرخاشگری از طریق شناخت‌ها و افکار افزایش دهنده در مورد پرخاشگری مراجعان انجام گرفته و تغییرات رفتاری به دنبال تغییرات شناختی ایجاد شده بوجود می‌آید و همین امر سبب کاهش رفتارهای پرخاشگرانه نوجوانان طلاق می‌شود. در واقع یکی از دلایل ایجاد پرخاشگری در دانش آموزان اضطرابی بود که بر اثر مسائل گوناگون ایجاد می‌شد و به دنبال این اضطراب، پرخاشگری برای رفع و یا فرار از اضطراب انتخاب می‌شد. یکی از تکنیک‌های پرکاربرد در کاهش اضطراب نوجوانان تکنیک ابرهای گذرا بود. در این تکنیک بر مدیریت افکار اضطراب‌زا به جای متوقف کردن آن تأکید می‌شد، در تکنیک بعدی به شناسایی هیجانهای تحریک‌کننده‌ی پرخاشگری پرداخته شد. با شناسایی سایر هیجان‌های آسیب‌زا و جایگزینی مناسب، پرخاشگری دانش‌آموزان تا حد قابل قبولی تقلیل پیدا کرد. به بیان دیگر پس از تغییر زاویه‌ی دید و بازسازی شناختی نوجوانان، پرخاشگری و

تمایل به ابراز خشونت نیز کاهش یافت. به نظر می‌رسد که در تبیین اثربخشی فراشناخت درمانی ذکر این نکات لازم است که در این رویکرد به جای اینکه درمان شامل چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی را از بین ببرد. بنابراین، وجود باورهای منفی مشخصاً نمی‌تواند درباره‌ی الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهد (جانسون، هوفارت، نوردهاگ و وامپولد، ۲۰۱۷).

در نهایت می‌توان گفت، در این رویکرد نوجوانان تحریف‌های شناختی خود را کشف و ریشه‌یابی نمودند و با فراگیری راهکارهای درمان فراشناختی آموختند که بسیاری از افکار و رویدادهایی که در طول شبانه روز در ذهن خود مرور می‌کردند و در نهایت منجر به اعمال پرخاشگرانه می‌شد، تنها تحریف‌های شناختی هستند که با واقعیت در تضاد هستند و لازم است که این افکار را به نحوه صحیح هدایت و مدیریت کنند که منجر به شکل‌گیری رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه نگردد.

نتایج نشان داد مشاوره گروهی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر مؤثر است. این نتایج با یافته‌های ویلکز و همکاران (۲۰۱۷)، کورتنی و فلامنت (۲۰۱۵)، فریزر و ولا (۲۰۱۴) و علیجانزاده و همکاران (۱۳۹۳) همسواست. در تبیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر پرخاشگری نوجوانان پسر، می‌توان اذعان نمود که نوجوانان پرخاشگر معمولاً توان مهار رفتار خود را ندارند و معیارها و ارزش‌های جامعه‌ای را که در آن زندگی می‌کنند، براحتی زیر پا می‌گذارند. بنابراین رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند از طریق مؤلفه‌های اساسی و محتوای درمانی بر کاهش آن تأثیر داشته باشد به گونه‌ای که آموزش مؤلفه تنظیم هیجانی توانسته به طور مستقیم بر پرخاشگری تأثیر ویژه‌ای بگذارد؛ زیرا در این مؤلفه بر شناسایی هیجان‌ها، بر چسب زنی، آگاهی

هیجانی و شیوه‌های کنترل هیجانات تاکید می‌شود (هاگن، گیزکومب، چونگ و بپر^۱، ۲۰۱۴).

از آن جا که بُعد خشم در پرخاشگری از نظر باس و پری (۱۹۹۲) یک بعد هیجانی و عاطفی است و به صورت خشم بروز می‌کند و عوامل و شرایط درونی ارگانیسم را برای برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی آماده می‌کند، بنابراین می‌توان این گونه نتیجه گرفت که آموزش تنظیم هیجان توانسته به طور مستقیم خشم نوجوانان پرخاشگر را کاهش دهد. در زمینه مکانیزم احتمالی اثرگذاری تنظیم هیجان بر پرخاشگری، می‌توان این‌گونه مفهوم‌سازی کرد که توانایی تنظیم و درک هیجان‌ها، به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر رشد بهنجار می‌تواند تعامل بین فردی موثر، تصمیم‌گیری و رفتارهای سازگاران را موجب شود. داشتن توانایی تنظیم هیجان‌ها، اثری بسیار قوی در توانایی خود-تنظیمی افراد دارد. خودتنظیمی به همه فرایندهای روانی که افراد باید به منظور کارکرد انطباقی انجام دهند، اشاره دارد. این فرایندهای روانی عبارتند از: استرس، خلق و خو، افکار، توجه و تکانه‌هایی مانند گرسنگی، خشم، برانگیختگی جنسی و هر هیجان تاثیرگذار بر این تکانه‌هاست (تروسالارد^۲، استیلر، رافل، کیان، دویمدیجان، کلاوری وکنینی، ۲۰۱۰).

علاوه بر این در این رویکرد نوجوانان با فراگیری راهکارهای گوناگون رفتار درمانی دیالکتیک همچون تکنیک قاصدک، آموختند که واقعیت‌های زندگی خود را بپذیرند و سعی کنند زیبایی‌های زندگی را بیشتر از گذشته لمس کنند و پس از این، محدودیت‌های زندگی را به عنوان بخشی از جریان زندگی، تعبیر و تفسیر نمایند و در کنار این محدودیت‌ها، سعی نمایند معنای جدیدی برای زندگی خود بسازند. لازم به ذکر است با جایگزین کردن رفتارهای جدید و استاندارد و حذف افکار و رفتارهای پرخاشگرانه، ثبات و تعادل رفتاری در نوجوانان بیشتر از گذشته مشاهده گردید.

1. Hagen, Giscombe, Chung, Beeber.

2. Trousselard, Steiler, Raphael, Cian, Duymedjian, Claverie & Canini.

همچنین نتایج حاصل از بررسی داده‌های پژوهش نشان داد که تفاوت مشاوره گروهی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک نسبت به فراشناخت درمانی بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر فرزند طلاق، معنی دار نبوده است. در تبیین این یافته می‌توان این گونه استنباط کرد که تکنیک‌های کاربردی که در مؤلفه‌های تنظیم هیجانی و کنترل توجه وجود دارند نقش مؤثری در کاهش پرخاشگری داشته‌اند، در واقع آموزش مؤلفه‌ی تنظیم هیجانی توانسته به طور مستقیم بر پرخاشگری تأثیر ویژه‌ای بگذارد، زیرا در این مؤلفه بر شناسایی هیجان‌ها، برچسب زنی، آگاهی هیجانی و شیوه‌های کنترل هیجانات تأکید می‌شود. در زمینه‌ی مکانیسم احتمالی اثرگذاری تنظیم هیجانی بر پرخاشگری، می‌توان این‌گونه مفهوم‌سازی کرد که توانایی تنظیم و درک هیجان‌ها، به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر رشد بهنجار می‌تواند تعامل بین فردی مؤثر، تصمیم‌گیری و رفتارهای سازگارانه را موجب شود. داشتن توانایی تنظیم هیجان‌ها، اثری بسیار قوی‌ای در توانایی خود-تنظیمی افراد دارد (هاگن و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین در روش آموزش کنترل توجه، نوجوانان آموختند تا ذهن خود را از هرگونه قضاوتی که منجر به عصبانیت و پرخاشگری می‌شود، پاک کنند و عمیقاً بر زمان حال تمرکز کنند. با بکارگیری این تمرین به مرحله‌ای دست می‌یابند که کاملاً نسبت به زمان و مکان هوشیار می‌شوند. با خودآگاهی، فرد به آرامش و آگاهی بیشتری از خود می‌رسد و در زمانهای خشمگین شدن نیز به دلیل افزایش آگاهی، به عنوان گام نخست از وجود خشم درون خود آگاه شده و آن را می‌پذیرد، تا در گام‌های بعدی در پی اداره آن باشد (ولز، ۱۳۹۶). با این وجود نمی‌توان نتیجه قطعی گرفت که همیشه رویکرد مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی تأثیر مشابهی بر کاهش پرخاشگری داشته باشند، بنابراین لازم است پژوهش‌های بیشتری در این زمینه صورت گیرد و در تعمیم نتایج این پژوهش باید احتیاط نمود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تعمیم دهی یافته‌ها اشاره کرد. در واقع به

دلایلی از قبیل کنترل متغیری نظیر والد حضانتی و نیز وضعیت جمعیت شناختی گروه نمونه (اغلب شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر از طبقات پایین اقتصادی اجتماعی بودند) نمی‌توان یافته‌های پژوهش حاضر را به تمامی پسران نوجوان از خانواده‌های طلاق تعمیم داد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، کنترل نکردن تأثیر متغیرهای مداخله‌گر مانند عوامل فرهنگی، محیطی و مذهبی بود، به همین دلیل نوجوانان به سختی و با مقاومت در گروه راجع به این موضوع خود افشایی می‌کردند. پیشنهاد می‌شود با توجه به اثرگذاری مطلوب و بهینه‌ی این پژوهش، کارگاه‌های آموزشی در مدارس در زمینه آموزش راهبردهای فراشناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی برای دانش‌آموزان عادی و فرزند طلاق که پرخاشگری بالایی از خود نشان می‌دهند برگزار شود. در ضمن جامعه پژوهش به دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه اول محدود می‌شد، که قابلیت تعمیم به دانش‌آموزان دختر را ندارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در دوره‌های دیگر تحصیلی و همچنین در هر دو جنس، به منظور بررسی‌های سنی و جنسیتی صورت پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود از سایر شیوه‌های آموزشی در بهبود بهزیستی روان‌شناختی و مقایسه آنها با نتایج این پژوهش استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی پژوهش

تمامی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی خود را اعلام نمودند و اطمینان لازم در مورد محرمانگی اطلاعات به آنها داده شده است.

سهم نویسندگان

نویسنده مسئول تمامی مراحل فرایند پژوهشی را به تنهایی مدیریت نموده و مسئول نگارش مقاله است.

حمایت مالی

این مقاله با عنوان مقایسه تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک و

فراشناخت درمانی بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر فرزند طلاق است و از هیچ مؤسسه‌ای حمایت مالی دریافت نکرده است.

تعارض منافع

یافته‌های این مطالعه هیچ‌گونه تضاد با منافع شخصی یا سازمانی ندارد.

سپاسگزاری

از کلیه‌ی دانش‌آموزانی که در پژوهش حاضر نقش فعال و پررنگی داشتند، کمال تقدیر و تشکر را داریم.

منابع

- آسمند، پ؛ مامی، ش. و ولیزاده، ر. (۱۳۹۴). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان باورهای غیرمنطقی، اضطراب و افسردگی جوانان دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۱(۲۳): ۳۵-۴۴.
- افتخاری، ف. (۱۳۹۲). بررسی اثر درمان فراشناختی در افزایش عزت نفس و کاهش پرخاشگری نوجوانان بزه‌کار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
- حاجی حسینی، م؛ فرح بخش، ک؛ فلسفی نژاد، م؛ کلانترکوشه، س. (۱۳۹۵). تأثیر طلاق والدین بر توانمندی شناختی پسران. *فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره*، ۱۵ (۵۸): ۵۴-۱۹.
- سعدی پور (بیابانگرد)، ا. (۱۳۹۱). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: دوران.
- زهراکار، ک؛ جعفری، ف. (۱۳۹۴). مشاوره خانواده (مفاهیم، تاریخچه، فرایندها و نظریه‌ها). تهران: ارسباران.
- زمانی زارچی، م؛ غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۷). *فرزندان و طلاق*، انتشارات پندار قلم.
- قلی نژاد، ج؛ کریم زاده، ز؛ شاهین فرد، م. و تشویشی، ح. (۱۳۹۴). تأثیر درمان فراشناختی بر کاهش پرخاشگری فیزیکی و کلامی کارکنان وظیفه مرکز آموزش‌های پشتیبانی شهید فیض‌الله امانی. *فصلنامه علوم و فنون نظامی*، ۱۱(۳۳): ۲۱-۵.
- علیجانزاده، م؛ مکوند حسینی، ش. و کیان ارثی، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی (مبتنی بر آموزش مهارت‌ها) بر پرخاشگری نوجوانان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۶ (پیاپی ۲۳): ۲۳-۳۵.
- کاظمیان، س؛ اسماعیلی، م. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش خودمتمایزسازی بر کاهش اضطراب فرزندان خانواده‌های طلاق. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۶(۴): ۵۹-۵۳.

- گله‌گیریان، ص؛ دیره، ع. (۱۳۹۶). مقایسه تأثیر فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر مشکلات رفتار برون‌نمود کودکان پرخاشگر. *فصلنامه سلامت روانی کودک*، ۴(۱): ۳۴-۲۴.
- نوش‌کیا، م؛ رسولی، م. و زارع بهرام آبادی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش رفتار درمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر نشخوار فکری و تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی*. ۳، ۶۹-۸۳.
- واعظی، ک. (۱۳۹۶). راهبردهای مقابله‌ای زنان با شرایط پس از طلاق. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره ایران*، ۱۷(۶۸): ۱۷۳-۱۹.
- ولز، آ. (۲۰۰۹). *راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*. ترجمه شهرام محمد خانی (۱۳۹۶). تهران: ابن سینا.

- Ahmed, R. (2011). Aggression in adolescent chakma tribal students as a function of gender and stage of development. *Journal of Life and Earth Science*, 6, 59-63.
- Alavi, K. H. (2011). Efficacy of dialectical behavior therapy group style (based on the fundamental components of pervasive awareness, distress tolerance, and emotional regulation) on depressive symptoms in students. *Journal of Mental Health*, 43, 66-72.
- Amato, P. R. (2014). The consequences of divorce for adults and children: An update. *Drustvena Istrazivanja*, 23(1), 5-24.
- Brewer, M. M. (2010). *The effects of child gender and child age at the time of parental divorce on the development of adult depression* (Doctoral dissertation, Walden University).
- Castillo-Eito, I. Armitage, Ch.J. Norman, P. Day, M.R. Richard Rowe, D. (2020). How can adolescent aggression be reduced? A multi-level meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 78, 1-45.
- Courtney, D., & Flament, F. (2015). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Self-injurious Thoughts and Behaviors. *J Nerv Ment Dis*, 203(7): 37-44.
- Frazier, S. N., & Vela, J. (2014). Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 19(2), 156-163.
- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comois KA, Welch SS, Heagerty P. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*; 67:13-29.
- Har A, Escout A, Phan O. (2020). L'expérience d'une équipe de liaison en addictologie pour adolescents en établissement soin/étude. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 68: 175-184.
- Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. (2017). The aftermath of divorce. *Mother-child, father-child relations*, 17(3), 149-176.
- Hagen, S., Woods-Giscombe, C. L., Chung, J., & Beeber, L. S. (2014). Potential Benefits of Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents Receiving

- Treatment for Borderline Personality Disorder Traits: Implications for Psychiatric Nurses. *Nursing and Health*, 2(5), 89-99.
- Hills D. (2018). Defining and classifying aggression and violence in health care work. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43: 607 - 612.
- Johnson, S. U., Hoffart, A., Nordahl, H. M., & Wampold, B. (2017). Metacognitive Therapy versus Disorder-Specific CBT for Comorbid Anxiety Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 50: 103-112.
- Kleiber, B. V., Felder, J. N., Ashby, B., Scott, S., Dean, J., & Dimidjian, S. (2017). Treating Depression Among Adolescent Perinatal Women With a Dialectical Behavior Therapy–Informed Skills Group. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(3), 1-12.
- Koren, D. Scheyer, R. Stern, Y. Adres, M. Reznik, N. Apter, A. Seidman, L. (2018). Metacognition strengthens the association between neurocognition and attenuated psychosis syndrome: Preliminary evidence from a pilot study among treatment-seeking versus healthy adolescents. *Contents lists available at ScienceDirect. SCHRES-08156*; 19(1), 1-8.
- Lee S. (2019). Romantic Relationships in Young Adulthood: Parental Divorce, Parent-child Relationships during Adolescence, and Gender. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 1-13.
- Wang M. (2019). Harsh parenting and adolescent aggression: Adolescents' effortful control as the mediator and parental warmth as the moderator. *Child Abuse & Neglect*, 94, 2-11.
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 18 -25. Eatment (pp. 17-199). Chichester: John Wiley and Sons Ltd.
- Wagner, A. W., Rizvi, S. L., & Harned, M. S. (2007). Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: when one case formulation does not fit all. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 391-400.
- Wilks, C. R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., King, A. M., Lungu, A., & Linehan, M. M. (2017). Dialectical Behavior Therapy Skills for Families of Individuals With Behavioral Disorders: Initial Feasibility and Outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3): 288-295.
- Salguero, J. García-Sancho, E. Cejudo, J. Dymand, L. (2019). Individual differences in anger and displaced aggression: The role of metacognitive beliefs and anger rumination. *Aggressive Behavior*. 2020; 9, 1-8.
- Schaan V, Schulz A, Schächinger H, Vögele C. (2019). Parental divorce is associated with an increased risk to develop mental disorders in women. *Journal of Affective Disorders* 257, 91-99.
- Simpson, C., & Papageorgiou, C. (2003). Metacognitive beliefs about rumination in anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(1), 91-94.

- Trousselard, M., Steiler, D., Raphel, C., Cian, C., Duymedjian, R., Claverie, D., & Canini, F. (2010). Validation of a French version of the Freiburg Mindfulness Inventory-short version: relationships between mindfulness and stress in an adult population. *BioPsychoSocial medicine*, 4(1), 8-15.
- Rees, C. S., & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 451-458.
- Nederhof, E., Belsky, J., Ormel, J., & Oldehinkel, A. J. (2012). Effects of divorce on Dutch boys' and girls' externalizing behavior in Gene× Environment perspective: Diathesis stress or differential susceptibility in the Dutch Tracking Adolescents' Individual Lives Survey study?. *Development and Psychopathology*, 24(03), 929-939.
- Normann, N., Emmerik, A. A., & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, 31(5), 402-411.
- Melli, G., Carraresi, C., Poli, A & Bailey, R. (2016). The role of metacognitive beliefs in health anxiety. *Personality and Individual Differences*, 89, 80–85.
- Marco, J. H., García-Palacios, A., & Botella, C. (2013). Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicothema*, 25(2), 158-163.
- Pickhardt, C. (2013). *Surviving your child's adolescence: How to understand, and even enjoy, the rocky road to independence*. John Wiley & Sons.

