



The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Externalized Problems (Aggression and Delinquency) in Bullying Students

Fataneh Derikvand, M.A

Department of General Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

Kamran Yazdanbakhsh, Ph.D

Assistant Professor, Department of General Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

Jahangir Karami, Ph.D

Associate Professor, Department of General Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، بر مشکلات برونی‌سازی شده (پرخاشگری و بزهکاری) دانش‌آموزان قلدر

فتانه دریکوند

کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

کامران یزدانبخش *

استادیار و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

جهانگیر کریمی

دانشیار و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، بر مشکلات برونی‌سازی شده دانش‌آموزان قلدر دختر دوره اول متوسطه شهر خرم‌آباد انجام شد. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آزمایی شامل کلیه دانش‌آموزان قلدر دوره اول متوسطه شهر خرم‌آباد بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ۳۰ نفر از دانش‌آموزان به عنوان نمونه انتخاب شدند. آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های قلدری (Ellie Noise, 2001) و مشکلات رفتاری آخن‌باخ فرم نوجوانان را تکمیل نمودند، سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفت. در نهایت از هر دو گروه، پس‌آزمون به عمل آمد و داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند. نتایج نشان داد درمان متمرکز بر شفقت، بر مؤلفه پرخاشگری دانش‌آموزان قلدر تأثیر معناداری دارد. همچنین نتایج نشان داد درمان متمرکز بر شفقت، بر مؤلفه بزهکاری دانش‌آموزان قلدر تأثیر معناداری دارد؛ در نتیجه می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت، عامل مهم و تأثیرگذاری بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده (پرخاشگری و بزهکاری) دانش‌آموزان است.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، مشکلات برونی‌سازی شده، بزهکاری، پرخاشگری، قلدری

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of the compassion focused therapy (CFT) on externalized problems in bullying female students of first class high school in Khorramabad city. The research method was semi-experimental and with pre-test and post-test design with control group. The statistical population of this study included all female bullying students of first class high school in Khorramabad city. Using a multi-stage cluster sampling method, 30 students were selected as samples. The subjects completed The Illinois Bullying Scale (2001), And the adolescents form of Achenbach Behavioral Problems Questionnaires. Then, the selected samples were randomly divided into experimental and control groups. The experimental group received compassion focused therapy education for 8 consecutive 90-minute sessions. Finally, from both groups, post-test was performed and data were analyzed using statistical tests of multivariate and single-variable covariance SPSS-22 software. The results showed that compassion focused treatment had an significant effect on externalized problems in bullying students. Consequently, it can be said that Compassion Focused Therapy is Important and influential factor the reduction of externalized problems (delinquency, aggression) in students.

keywords: compassion focused therapy, externalized problems, delinquency, aggression, bully

مقدمه

روش‌های مستقیم قلدری (جسمانی و کلامی) و دختران بیشتر به قلدری غیرمستقیم (رابطه‌ای/اجتماعی) متوسل می‌شوند (Piskin, 2002; Nansel, Overpeck, Pilla, Simons-Morton & Scheidt, 2001). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که قلدری مکرر، با سطوح بالای افسردگی، اضطراب و اختلالات هیجانی و رفتاری مرتبط است (Lamb, Pepler & Craig, 2009) و همچنین قلدری با سطح بالای مشکلات مانند علائم افسردگی (Yang, Kim, Shin & Yoon, 2006)، افکار خودکشی (Van der wal, Dewitcam & Kaltiala-Heino, 2003)، علائم روان-تنی (Rimpela, Rantanen & Rimpel, 2000) و علایم اختلال سلوک مرتبط است (Juvonen, Graham, 2003). افراد قلدر تنفر بیشتری از مدرسه دارند و به رفتارهای ناسالم مانند مصرف افراطی سیگار و الکل تمایل نشان می‌دهند (Shetgiri, Lin & flores, 2012). قربانیان که هدف رفتارهای قلدری‌اند، با مشکلات روانی، روان‌تنی و رفتاری بسیار مانند اضطراب، عزت نفس پایین، خودباوری پایین (Malhi, Bharti & Sidhu, 2014; Stapinski, 2014)، مهارت‌های اجتماعی ضعیف (Egan, perry, 1998)، مشکلات جدی سلامت روانی روبه‌رو می‌شوند (Turcotte Benedict, 2014) و در فعالیت‌های مدرسه حضور فعال ندارند (Kochenderfer & Ladd, 1997). افراد قلدر و قربانی بالاترین سطح مشکلات سازگاری و مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده را نشان می‌دهند (Georgiou & Stavinides, 2008; Veenstra, Lindenberg, Oldehinkel, Dewinter, Verhulst & et al, 2005). افراد قلدر در مذاکراتشان برای حل تعارضات بین فردی راهبردهای پرخاشگرانه را اتخاذ می‌کنند و فاقد مهارت‌های جایگزین برای حل تعارضند (Wolke, Woods, Bloomfield & Karstadt, 2000).

پژوهشگرانی که مشکلات مربوط به خشونت در مدارس را از ابعاد مختلف بررسی کرده‌اند، دریافته‌اند که قلدری دارای تأثیرات کوتاه‌مدت و بلندمدت متعددی در حیطه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و عاطفی در قلدر، قربانی و تماشاگر است (Rigby, 2003). بافت اجتماعی با ایجاد یا

قلدری (bully) در سراسر جهان به عنوان مسأله‌ای همگانی و رایج در مدارس شناخته (Andreou, Vlachou & Didaskalou, 2005; Tanaka, 2001; Olweus, 1993) و باعث توجه والدین و کارکنان مدارس که نگران امنیت و سلامت روانی دانش‌آموزانند شده است (Hong & Espelage, 2012). پژوهش‌های بین‌المللی در تمامی کشورها نشان داده‌اند که ۴ تا ۴۵ درصد کودکان و نوجوانان قلدر یا قربانی‌اند که تقریباً ۱۰ تا ۳۰ درصد آنها در قلدری در مدارس شرکت دارند (Cook, Williams, Guerra, Kim & Sadek, 2010; Fleming & Jakobsen, 2009; Solberg & Olweus, 2003). در ایران نیز شیوع قلدری شامل افراد قلدری‌کننده و هم قربانی قلدری بوده و ۲۶/۳ درصد گزارش شده است (Ayyubi, Nazarzadeh, Bidel, Bahrami, Tezwal, Rahimi & et a, 2013).

قلدری را می‌توان به عنوان یک موقعیت که در آن دانش‌آموزی به صورت مکرر یا طولانی‌مدت در معرض اعمال منفی یک یا چند دانش‌آموز دیگر قرار می‌گیرد، توصیف کرد، این اعمال منفی زمانی که اختلاف قدرت بین قلدر و قربانی وجود دارد، اتفاق می‌افتند (Abinye Alex-Hart, Okagua & Ibo opera, 2015; Monks, Smith, Naylor, Barter, Ireland & et al, 2009; Olweus, 1993). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد قلدرها در مقایسه با همسالان خود که قلدری نمی‌کنند، همدلی هیجانی بسیار پایین‌تری دارند (Jolliffe & Farrington, 2011). مشکلات هیجانی/اجتماعی و احساس عدم امنیت و تعلق‌پذیری (Goldweber, Waasdrop & Bradshaw, 2013; Viding, Simmonds, Petrides & Frederickso, 2009; Wilson, 2004)، گرایش‌های خود-محورانه مانند حسادت و رشک (Zapf, 1999)، رفتار آشوبگرانه و رقابت‌جویی (Poorseyed, S.R; Alizadeh, H; Kazemi, F; Borjali, A; & Farrokhi, 2017) در بروز رفتار قلدری نقش دارند.

قلدری رفتاری است که در بین هر دو جنس دختر و پسر و در هر سنی دیده می‌شود. پسران بیشتر از دختران به

دهد. همچنین آموزش درمان متمرکز بر شفقت، باعث کاهش مشکلات هیجانی می‌شود (Gilbert, 2014). (Diedrich, Grant, Hofmann, Hiller & Berking, 2014) معتقدند که درمان متمرکز بر شفقت (compassion-focused therapy) همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل نموده و هیجانات منفی فرد را کاهش و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌نماید. هیجان‌های مثبت به عنوان یک ویژگی پایدار شفقت‌ورزی در ظرفیت تنظیم هیجان‌ها مؤثر است. این ظرفیت و توانمندی‌های مدیریت هیجان‌ها به نوبه خود می‌توانند خلق، منش و شخصیت را تحت تأثیر قرار دهند (Steward, Perez, Mata, Zalacain, Cano & et al, 2016).

از آنجا که دانش‌آموزان دختر، کمتر مرتکب قلدری شده و برای آنها رفتارهای خشونت‌آمیز جزء رفتارهای هنجار و تأیید شده نیست، اثر منفی قلدری بر دانش‌آموزان دختر بیشتر است و منجر به افزایش مشکلات انضباطی و ناسازگاری طولانی‌مدت در دوران متوسطه می‌شود. هرچه قلدری در دوره اول متوسطه بیشتر باشد، پیشرفت تحصیلی کمتر خواهد بود و این روند پیش‌بینی‌کننده کاهش حضور دانش‌آموزان در مدرسه و به همان میزان کاهش موفقیت آنها در انتقال به دوره دوم متوسطه و تحصیل در آن دوره است (Feldman, Ojanen, Gesten, Totura, Smith-Schrandt & et al, 2014) با توجه به ضرورت‌هایی که در زمینه ایجاد ایمنی روانی، پیشگیری از قلدری و قربانی و توانمندسازی نوجوانان احساس می‌شود و با توجه به بررسی‌های به عمل آمده، پژوهشی در مورد اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، بر مشکلات برونی‌سازی شده (پرخاشگری و بزهکاری) دانش‌آموزان قلدر انجام نشده است؛ پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سؤال خواهد بود که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر مشکلات برونی‌سازی شده در دانش‌آموزان قلدر مؤثر است؟ بر این اساس هدف اصلی این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، بر مشکلات برونی‌سازی شده دانش‌آموزان قلدر بود؛ از این رو فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از:

۱. درمان متمرکز بر شفقت، بر مشکلات برونی‌سازی شده (پرخاشگری) دانش‌آموزان قلدر دختر تأثیر دارد.

حذف استرس، ممکن است باعث افزایش یا کاهش بروز ویژگی‌های خصومت‌آمیز یا ناخوشایند مرتبط با تعارض‌ها و رفتارهای قلدری شود (Sonstegard, Bitter & Pelonis, 2004). پژوهش (Iskender, Sarn, Ozcelik, Kocaman & Yaldiran, 2019) نشان می‌دهد که همبستگی منفی و معناداری بین شفقت به خود و پرخاشگری وجود دارد. رفتار نامهربانانه و عدم شفقت نسبت به دیگران را نیز به دنبال خواهد داشت (Neff, 2009) افرادی که شفقت بیشتری نسبت به خود دارند، در روابطشان نیز رفتارهای مثبت‌تری از خود بروز می‌دهند (Neff & Beretvas, 2012). خودشفقت‌ورزی و آموزش آن به عنوان کیفیت مواجه شدن با رنج و آسیب خود و احساس کمک کردن کامل در رفع مشکلات خود تعریف می‌شود (Wren, Somers, Melissa, Goetz & Leary, 2012). در پژوهشی به بررسی تأثیر محیط مدرسه بر کنترل خشم دانش‌آموزان پرداخته شد و نتایج نشان داد که روابط شفقت‌آمیز در مدرسه به طور چشمگیری پرخاشگری را در دانش‌آموزان کاهش می‌دهد (Tosun, 2014). نتایج پژوهش (Naismith, 2016) و (Afshani, S & Abou'ee, 2019) نیز نشان داد که آموزش شفقت به خود بر کنترل خشم دانش‌آموزان مؤثر است.

خودشفقتی سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی است؛ ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد (Neff, 2009). درمان متمرکز بر شفقت (Treatment centered on Compassionate) می‌تواند به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور مفید در نظر گرفته شود؛ زیرا موجب می‌شود تا افراد احساس مراقبت و ارتباط مناسب کنند و در نتیجه، به لحاظ هیجانی آرام شوند (Gilbert, Irons, 2005). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌شفقت‌ورزی، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و آشفتگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد. این روش درمانی فرد را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین دهد و کنترل کند و در واقع این درمان می‌تواند رفتارهای اخلاص‌گرانه را کاهش

۲. درمان متمرکز بر شفقت، بر مشکلات برونی‌سازی شده (بزهکاری) دانش‌آموزان قلدر دختر تأثیر دارد.

روش

این پژوهش را از نظر ماهیت تحقیق و هدف می‌توان در ردیف مطالعات کاربردی به حساب آورد؛ زیرا هدف پژوهش‌های کاربردی، توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص است. از نظر اجرا، نیمه آزمایشی است که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دانش‌آموزان دختر قلدر دوره اول متوسطه سال تحصیلی ۹۶-۹۷ شهرستان خرم‌آباد بود که ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه ۱۵ نفر جای گرفتند. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای است؛ بنابراین با توجه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ابتدا از بین نواحی دوگانه آموزش و پرورش خرم‌آباد، ۱ ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد و از آن ناحیه به صورت تصادفی ۴ مدرسه و از هر مدرسه ۳ کلاس انتخاب و در ادامه، برای گردآوری اعضای نمونه، باید غربالگری صورت می‌گرفت؛ بدین ترتیب ابتدا پرسشنامه قلدری ایلی نویز در بین تمام اعضای کلاس‌ها توزیع شد و دانش‌آموزانی که یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه کسب کردند، انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در پژوهش، تحصیل در دوره متوسطه اول، کسب نمره یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه در پرسشنامه قلدری ایلی نویز، گذشتن حداقل ۶ ماه از دریافت درمان‌های قبلی، نداشتن اختلال‌های رفتاری هم‌بود. معیارهای خروج نیز عبارتند از: قرار داشتن تحت سایر درمان‌ها، وجود سایر اختلالات روانشناختی، غیبت بیش از ۲ جلسه، نداشتن اشتیاق به ادامه جلسات. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه قلدری ایلی نویز bullying scale (illinois) (BSI): پرسشنامه قلدری (Holt & Espelage, 2001) که برای سنجش رفتارهای قلدرمآبانه و قربانی بودن

در فرد به کار می‌رود دارای ۱۸ گویه و ۳ خرده‌مقیاس قلدری (۹ سؤال)، زد و خورد (۵ سؤال) و قربانی (۴ سؤال) است. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که برای گزینه‌های هرگز، یک یا دو بار، سه یا چهار بار، پنج یا شش بار و هفت بار یا بیشتر، به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ در نظر گرفته می‌شود و هر بعد نمره جداگانه‌ای دارد. دامنه نمرات این پرسشنامه از ۱۸ تا ۹۰ است. نمره بالا بیان‌کننده بروز بیشتر رفتارهای قلدرانه در آزمودنی است. (Holt & Espelage, 2001) برای بررسی روایی همگرا از مقیاس پرخاشگری آخن باخ استفاده کردند که ضریب به دست آمده در حد متوسط و مطلوب بود (۰/۶۵). همچنین بین ابعاد قلدری و قربانی در این مقیاس تفاوت معناداری مشاهده نشد که بیانگر روایی افتراقی مقیاس بود. همچنین برای بررسی پایایی مقیاس مذکور محققان از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند که این ضریب برای هریک از زیرمقیاس‌های قلدری، زد و خورد و قربانی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۰ بود. برای بررسی پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش (Shujja & Atta, 2011) برای کل و خرده مقیاس‌های قلدری، قربانی، زد و خورد، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۳، ۰/۷۱ و ۰/۸۹ به دست آمد. در ایران نیز در پژوهش (Chalmeh, 2014) برای کل و هریک از خرده‌مقیاس‌های قلدری، زد و خورد و قربانی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۰ به دست آمده است. همچنین در این پژوهش برای بررسی روایی همزمان مقیاس قلدری ایلی نویز از پرسشنامه پرخاشگری (Mohamadi, 2006) استفاده شد. ضرایب همبستگی بین نمره کل مقیاس قلدری ایلی نویز و دو زیرمقیاس قلدری و زد و خورد و نمره پرسشنامه پرخاشگری و زیرمقیاس‌های مثبت و معنادار بود. همچنین بین زیرمقیاس قربانی با زیرمقیاس‌های خصومت، پرخاشگری جسمانی و پرخاشگری کلامی، رابطه منفی و معنادار و با زیرمقیاس خشم رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ نمره کل ۰/۸۷ و ضریب آلفای کرونباخ هریک از خرده‌مقیاس‌های قلدری، زد و خورد و قربانی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ به دست آمد. نمونه‌ای از سؤالات آزمون به این شرح است:

تهرانی هنجاریابی شده و برای پرسشنامه خودسنجی نوجوان، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب آلفای ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ به دست آمده است. در پژوهش (Minaee, 2006) ثبات زمانی مقیاس با استفاده از روش آزمون-بازآزمون با یک فاصله زمانی پنج تا هشت هفته‌ای مورد بررسی قرار گرفت و دامنه ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ حاصل شد. توافق بین پاسخ‌دهندگان نیز بررسی شده است. دامنه این ضریب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه علائم مرضی کودکان فرم والد بین ۰/۱۵ تا ۰/۲۴ به دست آمده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۵ به دست آمد. نمونه‌ای از سوالات آزمون به این شرح است: (۱) زیاد جر و بحث می‌کنم. (۲) وسایل متعلق به دیگران را خراب می‌کنم. - شیوه مداخله: شیوه مداخله در این پژوهش، درمان شناختی متمرکز بر شفقت بود. این شیوه درمانی توسط فعالیت‌های پژوهشی (Gilbert, 2014) طراحی شده است که طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در ۸ هفته پیاپی برگزار شد. خلاصه محتوای هر جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

(۱) برای اینکه بخندم سایر دانش‌آموزان را ناراحت می‌کنم. و (۲) سایر دانش‌آموزان را اذیت می‌کنم. پرسشنامه خودسنجی مشکلات رفتاری آخن باخ (youth self-report (YSR): این پرسشنامه را (Achenbach, 1991) برای سنجش اختلالات رفتاری و عاطفی افراد ۱۱ تا ۱۸ ساخته که شامل ۳۲ گویه است. این پرسشنامه دارای سه زیرمقیاس مشکلات درونی‌سازی، مشکلات برونی‌سازی و مشکلات کلی رفتاری است که در این پژوهش از مقیاس مشکلات برونی‌سازی استفاده شده - است، مقیاس مشکلات برونی‌سازی دارای ۳۲ سؤال و ۲ خرده‌مقیاس پرخاشگری و بزهکاری است. روش نمره‌گذاری هر سؤال صفر تا دو و حداقل نمره برابر صفر و حداکثر نمره برابر ۶۲ است. همسانی درونی این ابزار با استفاده از ضریب آلفا ۰/۸۹ گزارش شده است. اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه با فاصله زمانی یک هفته همبستگی معناداری در سطح ۹۵ درصد نشان داده است. دامنه ضرایب همبستگی از ۰/۳۷ تا ۰/۹۱ در تغییر بود (Achenbach, 1991). این پرسشنامه را (Minaee, 2006) در بین نمونه‌ای ۹۰۰ نفری از دانش‌آموزان

جدول ۱ شرح جلسات درمان متمرکز به شفقت (CFT)

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان CFT و تمایز شفقت با تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم-سازی آموزش خودشفقتی.
دوم	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین‌های وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی.
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقابض و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراک انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی و ارائه تکالیف خانگی.
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» یا «غیر شفقت» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن مشفقانه» (ارزش خود-شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزوتراپ)، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی.
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های ذهن شفقتانه» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف و تکالیف خانگی.

جلسه	محتوای جلسه
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی.
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت».
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.

طور همزمان پس‌آزمون گرفته شد. طرح مداخله جلسات گروهی درمان متمرکز بر شفقت از پروتکل گیلبرت (۲۰۱۴) که توسط پژوهشگر برای مداخله در این پژوهش انجام گرفت اقتباس شد.

یافته‌ها

نتایج جدول نشان می‌دهد که میانگین پرخاشگری و بزهکاری در گروه آزمایش در موقعیت پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است.

پس از تشکیل دو گروه همتا از دانش‌آموزان قلدر، یکی از گروه‌ها به طور تصادفی به عنوان گروه آزمایش و دیگری به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (درمان متمرکز بر شفقت) قرار گرفت؛ بدین صورت که هشت جلسه (هر هفته یک جلسه) به مدت ۹۰ دقیقه در مدت دو ماه درمان متمرکز بر شفقت برای دانش‌آموزان گروه آزمایش ترتیب داده شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از گذراندن دوره‌های درمان متمرکز بر شفقت بر روی گروه آزمایش، یک هفته پس از آخرین جلسه مداخله، از هر دو گروه آزمایش و کنترل به

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان و مشکلات برونی‌سازی شده و مؤلفه‌های آن‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل

موقعیت	مؤلفه‌های مشکلات برونی‌سازی شده	گروه			
		آزمایش	کنترل		
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
پیش‌آزمون	پرخاشگری	۱/۵۰	۲۸/۱۵	۲/۴۶	۲۲/۹۳
	بزهکاری	۱/۹۰	۲۲/۲۷	۱/۸۳	۱۹/۳۳
پس‌آزمون	پرخاشگری	۱/۲۸	۷/۷۳	۲/۲۰	۲۱/۸۷
	بزهکاری	۱/۱۰	۶/۷۳	۲/۰۳	۱۸/۴۷

از این طریق اثرات پیش‌آزمون به عنوان یک متغیر تصادفی کمکی کنترل شود. در این راستا ابتدا پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد مقدار f محاسبه شده مؤلفه

برای بررسی تأثیر درمان شفقت‌ورزی بر مشکلات برونی‌سازی شده دانش‌آموزان قلدر از طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد؛ بنابراین برای تحلیل نتایج حاصله، روش تحلیل کواریانس به کار برده شد تا

نتایج آن در مرحله پس‌آزمون مؤلفه پرخاشگری ($f=0/91$ ؛ $p>0/05$) و مؤلفه بزهکاری ($f=0/51$ ؛ $p>0/05$) بیانگر رد نشدن پیش فرض نرمال بودن متغیرهای تحقیق بوده و از این لحاظ هم پیش فرض تحلیل کواریانس رد نشده است. جدول شماره ۳ نتایج تحلیل کواریانس درمان متمرکز بر شفقت، بر مشکلات برونی‌سازی شده (پرخاشگری) را نشان می‌دهد.

پرخاشگری در مرحله پس‌آزمون ($1/07$) و مؤلفه بزهکاری در مرحله پس‌آزمون ($1/66$) است که در سطح معناداری $0/05$ معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان گفت پیش فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. همچنین پیش فرض شیب رگرسیون مؤلفه پرخاشگری ($f=1/16$ & $sig=0/33$) و مؤلفه بزهکاری رد نشده ($f=0/44$ & $sig=0/65$) است. برای بررسی نرمال بودن هم از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس درمان متمرکز بر شفقت، بر مشکلات برونی‌سازی شده (پرخاشگری) دانش‌آموزان قلدر

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	توان آزمون
پیش آزمون	۵۰/۰۳	۱	۵۰/۰۳	۳۳/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵
گروه	۸۴۲/۵۰	۱	۸۴۲/۵۰	۵۵۹/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵

بوده و ۹۵ درصد از واریانس پس‌آزمون مربوط به درمان متمرکز بر شفقت بوده است. جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کواریانس درمان متمرکز بر شفقت بر مشکلات برونی‌سازی شده (بزهکاری) را نشان می‌دهد.

نتایج جدول نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش-آزمون به عنوان متغیر کمکی، درمان متمرکز بر شفقت توانسته است به طور معناداری باعث کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دختر قلدر در مرحله پس‌آزمون شود ($p=0/001$). میزان تأثیر ۹۵ درصد بوده؛ این امر نشان‌دهنده این است که درمان متمرکز بر شفقت، بر پرخاشگری مؤثر

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس درمان متمرکز بر شفقت بر مشکلات برونی‌سازی شده (بزهکاری) دانش‌آموزان قلدر

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	توان آزمون
پیش آزمون	۳۳/۹۱	۱	۳۳/۹۱	۲۲/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵
گروه	۸۱۹/۷۶	۱	۸۱۹/۷۶	۵۴۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵

بحث

هدف اصلی این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، بر مشکلات برونی‌سازی شده (پرخاشگری و بزهکاری) دانش‌آموزان قلدر بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت، بر پرخاشگری و بزهکاری تأثیر دارد. درمان ذهن شفقت‌ورز بیشتر از اینکه به حل اختلافات درونی بپردازد، از طریق ایجاد مراقبت، توجه به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه به تغییر افراد کمک

نتایج جدول نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر کمکی، درمان متمرکز بر شفقت توانسته است به طور معناداری باعث کاهش بزهکاری دانش‌آموزان قلدر در مرحله پس‌آزمون شود ($p=0/001$). میزان تأثیر ۹۵ درصد بوده؛ این امر نشان‌دهنده این است که درمان متمرکز بر شفقت، بر بزهکاری مؤثر بوده و ۹۵ درصد از واریانس پس‌آزمون مربوط به درمان متمرکز بر شفقت بوده است.

نموده، در نهایت خود را عاجز و ناتوان احساس می‌کنند و به دلیل مهارت‌های ناسازگار تنظیم هیجان، گرایش فرایند تفکر به سوی منفی‌نگری بیشتر بوده و شدت استرس تجربه شده در این افراد بیشتر است؛ این امر باعث می‌شود که جهت‌گیری تفکر در آنها منفی گردیده و به تشدید علائم رفتارهای بزهکارانه منتهی شود. همچنین (Garnefski & Kraaij, 2010) بیان داشته‌اند که افراد دارای رفتارهای منحرف، در اغلب موارد در مواجهه با موقعیت ناگوار، دیگران را مقصر و عامل اصلی در وقوع موقعیت دانسته؛ بنابراین به سرزنش دیگران روی می‌آورند و این واکنش می‌تواند مانع بزرگی بر سر راه سازگاری فرد با رویدادهای منفی زندگی شود. در واقع شفقت به خود، همانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند و فرد از طرق شفقت ورزیدن به خود، یک امنیت هیجانی به وجود می‌آورد که بتواند بدون سرزنش کردن دیگران خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری را درک و اصلاح کند.

همچنین دیگر نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت، بر پرخاشگری در دانش‌آموزان قلدر نیز تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش (Iskender & et al, 2019; Barry, Loflin & Doucette, 2015; Naismith, 2016; Afshani, S & Abou'ee, 2019) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت نوجوانی مهم‌ترین مرحله از مراحل رشدی فرد است و این اهمیت به دلیل آن است که تغییراتی که در ابعاد زندگی نوجوان رخ می‌دهد، موجب ایجاد فشارهای روانی و به‌خصوص پرخاشگری می‌گردد. پرخاشگری به عنوان یک رفتار آسیب‌زا یا خرابکار تعریف شده است و رفتار پرخاشگرانه عمده‌اً باعث آسیب جسمی و روانی یا پریشانی دیگران می‌شود (Krahé, 2013) و افراد پرخاشگر نیازها و خواسته‌های خود را از طریق تسلط، توهین و تحقیر دیگران برآورده می‌کنند. شفقت به خود، یک انسجام متعادل میان دغدغه برای خود و دغدغه برای دیگران است؛ حالتی که محققان آن را برای عملکرد روانی بهینه ضروری می‌دانند (Bennett-Goleman, 2001) وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند

می‌کند. این درمان موجب تسهیل تغییر عاطفی برای مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و آشفتگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد. این روش درمانی فرد را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین دهد و کنترل کند (Gilbert, 2014). در واقع این درمان می‌تواند رفتارهای اخلاص‌گرا را کاهش دهد و توانایی تنظیم رفتار مناسب را به افراد بیاموزد (Brown & Percy, 2007)؛ بنابراین افرادی که شفقت به خود بالایی دارند تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت خود در حوادث منفی دارند، می‌توانند اتفاقات منفی را با آنچه که هستند در ارتباط ببینند؛ اما همین حوادث منفی را کمتر نشخوار می‌کنند و در مواجهه با اشتباهاتشان کمتر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند و در نتیجه کمتر از راهبردهای ناسازگارانه استفاده می‌کنند. به طور خلاصه می‌توان گفت شفقت به خود، یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده است. با توجه به اینکه افراد دارای نشانگان برونی‌سازی شده فاقد مهارت‌های اجتماعی مناسبند، اساساً در روابط با بزرگسالان و همسالان دچار مشکلند. این افراد هنگام برخورد با محرک‌های تنش‌زا از موقعیت پیش رو برداشت نامناسب و خصمانه دارند (Sukhodolsky, Kassinoe & Gorman, 2004)؛ بنابراین شفقت به خود باعث می‌شود افراد دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، خودشفقتی بیشتری داشته باشند و مهربانی و شفقت به خود با مهربانی و شفقت نسبت به دیگران همراه است و این فرایند موجب می‌شود تا افراد دارای مشکلات برونی‌سازی شده، نوع دوستی بیشتری را از خود بروز دهند.

نتیجه پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت، بر بزهکاری دانش‌آموزان قلدر تأثیر دارد. با توجه به بررسی‌های به عمل آمده در پایگاه‌های اطلاعاتی، پژوهشی همخوان با پژوهش حاضر یافته نشد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بزهکاری نوجوان (Garnefski & Kraaij, 2010) بیان داشته‌اند که در اغلب موارد، افراد مبتلا به سلوک، در مواجهه با شرایط و اتفاقات ناگوار، دیگران را مقصر و متهم اصلی در بروز شرایط پیش‌آمده می‌دانند. این افراد در مقابله با فشارها و رویدادهای منفی زندگی، دیگران را سرزنش

- and deliberated self-harm behaviors among high school students. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2013; 15(1): 5-16.(Persian).
- Barry, C. T., Loflin, D. C., & Doucette, H. (2015). Adolescent self-compassion: Associations with narcissism, self-esteem, aggression, and internalizing symptoms in at-risk males. *Personality and Individual Differences* 77, 118-123.
- Bennett-Goleman, T. (2001). *motional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press.
- Brown, I., & Percy, M. (2007). *A comprehensive guide to intellectual and developmental London*, powel. H. Brooke.
- Chalmeh, R. (2014). Psychometrics Properties of the Illinois Bullying Scale (IBS) in Iranian Students: Validity, Reliability and Factor Structure. *Psychological methods and model*. 11, 39-52. (Persian).
- Cook, C., Williams, K., Guerra, N., Kim, T., & Sadek, S. (2010). Predictores of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School psychology Quarterly* 25(2), 65-83.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, SG., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy* 31, 43-51.
- Egan, S.K., & perry, D.G. (1998). Does low self-regard invite victimization? *Developmental psychology* 34, 299-309.
- Espelage, D. L., & Holt, M. (2001). Bullying and victimization during early adolescence: Peer influences and psychosocial correlates. *Journal of Emotional Abuse* 2, 123-142.
- Feldman, M., Ojanen, T., Gesten, E., Totura, C., Smith-Schrandt, H., Brannick, M., Alexander, L., Scanga, D., Brown, K., Calhoun, C., & Smith-Schrandt, H. (2014). The effects of middle school bullying and victimization on adjustment through high school: Growth modeling of achievement, school attendance, and disciplinary trajectories. *Psychology in the schools* 51, 1046-1062.
- (Mcghee Neff & Mcghee,2010); بنابراین درمان مبتنی بر شفقت باعث می‌شود شرکت‌کنندگان با غلبه بر مشکلات و شناسایی شایستگی‌های فردی در رویارویی با موقعیت‌ها، با تمرکز مثبت و برنامه‌ریزی منظم و ارزیابی شرایط، به خود اجازه دهند تا احساساتشان مناسب ابراز شده و سطح سلامت خود را حفظ نمایند. جامعه آماری پژوهش محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. نمونه مورد بررسی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول بودند؛ بنابراین در تعمیم این یافته به سایر جوامع باید احتیاط شود. پژوهش حاضر یک پژوهش مقطعی است که اجازه نمی‌دهد توالی زمان تعیین شود. همچنین خودگزارشی بودن ابزار مورد استفاده یکی از محدودیت‌های پژوهش استغ زیرا این ابزار مستعد خطاست. این پژوهش شواهدی را ارائه می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت مشکلات برونی‌سازی را تسهیل می‌کند و هیجانات ناسازگار را کاهش می‌دهد و پردازش بهبود یافته‌ای از احساسات منفی را فراهم می‌کند؛ در نتیجه توصیه می‌شود که آموزش بلندمدت درمان مبتنی بر شفقت در بهبود مشکلات برونی‌سازی دانش‌آموزان مورد توجه قرار گیرد.

منابع

- Abinye Alex-Hart, B., Okagua, J., & Ibo opara, P. (2015). Prevalence of bullying in secondary schools in port Harcourt. *Intj Adolesc Med Health* 27(4), 391-396.
- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Afshani, S & Abou'ee A. (2019). The Effectiveness of Self-Compassion Training in Students' Anger Control. *QJFR*. 2019; 16 (3) :103-124 (Persian).
- Andreou, E., Vlachou, A., & Didaskalou, E. (2005). The roles of self-efficacy, peer interactions and attitudes inbully-victim incidents: Implications for intervention policy-practices, *school psychology International* 26, 545-562.
- Ayyubi E, Nazarzadeh M, Bidel Z, Bahrami A, Tezwal J, Rahimi M, et al. Prevalence of bullying

- Fleming, L. C., & Jakobsen, K. H. (2009). Bullying and symptoms of depression in Chilean middle school students. *Online J Public Health Inform* 79, 123-135.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2010). Effects of a Cognitive Behavioral Self-help Program on Emotional Problems for People with Acquired Hearing Loss: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 17,75-84.
- Georgiou, ST., & Stavinides, P. (2008). Bullies, Victims: psycho-social profiles and attribution styles. *School psychology International* 29, 574-589.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of clinical psychology*, 53, 6-41.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Compassionate mind training, for shame and self-attacking, using cognitive, behavioral, emotional and imagery interventions. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research, and use in psychotherapy* (pp. 263-325). London: Brunner-Routledge.
- Iskender, M., Sarn, A. H., Ozcelik, B., Kocaman, G., & Yaldiran, A. (2019). Sleep Quality and Self compassion as predictors of aggression in high school students. *International Journal of Psychology and Educational Studies* 6 (2), 77-86 .
- Gold weber, A., Waasdrop, T.E., & Bradshaw, C.P. (2013). Examining the link between forms of bullying behaviors and perceptions of safety and belonging among secondary school students. *Journal of school psychology* 51(4), 469-485.
- Hong, J.S., & Espelage, D.L. (2012). A review research on bullying and peer victimization in school: anecological system analysis. *Aggression and violent behavior* 17(4), 311-322
- Jolliffe, D., & Farrington, D.P. (2011). Is Low empathy related to bullying after controlling for individual and social background variables? *Journal of Adolescence* 34(1), 59-71.
- Juvonen, J., Graham, S., & Schuster, M.A. (2003). Bulling among young adolescents: the strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics* 112(6), 1231-1289.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rantanen, P., & Rimpel, A. (2000). Bullying at school-an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal Adolescence* 23, 661-674.
- Krahé, B. (2013). *The social psychology of aggression (2nd ed.)*. New York, NY: Psychology Press.
- Kochenderfer, B., & Ladd, G. (1997). Victimized children responses to peers; aggression: Behavior associated with reduced versus continued victimization, *Development and psychopathology* 9, 59-73.
- Lamb, J., Pepler, D., & Craig, W. (2009). Approach to bullying and victimization. *Can fam physician* 55, 356-360
- Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C.E., Allen, A.B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology* 92, 887- 904.
- Malhi, P., Bharti, B., & Sidhu, M. (2014). Aggression in schools: Psychosocial outcomes of bullying among Indian adolescents. *Indian Journal of Dediatics* 81(11), 1171-1176.
- Martinussen, M., & Belsri, N (2010). Predicting Parenting Stress: Children's Behavioural Problems and Parents' Coping. *Infant and Child Development*, 20, 162-170.
- Minaee A. (2006). Adaptation and standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report Forms. *JOEC*. 6 (1) :529-558. (Persian).
- Mohamadi, N. (2006). Preliminary study of psychometric parameters of Bass-Perry Aggression Questionnaire. *Social Sciences and Humanities, Shiraz University*. 25(4), 135-151. (Persian).
- Monks, C.P; Smith, P.K; Naylor, P; Barter, C; Ireland, J.L., & Coyne, I. (2009). Bullying in different contexts: commonalities, differences and the role of theory. *Aggression and violent Behavior*, 14(2),146-156.
- Nansel, TR., Overpeck, M., Pilla, WJ., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bulling behaviors among U.S. youth: prevalence and

- association with psychosocial adjustment, *the American Medical Association*, 285: 209-2100.
- Neff, K.D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211-214.
- Neff, K., & Beretvas, S.N. (2012). The role of self-compassion in romantic relationships. *Journal self and Identity*, 12,78-98.
- Neff, K.D., & Mcghee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults, *self and Identity* 9, 225-240.
- Naismith, I. (2016). *Barriers to compassionate imagery generation in personality disorder: Intra- and inter-personal factors*. Doctoral dissertation, UCL (University College London).
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: what we know and what we can Do*. Cambridge, MA: Blackwell.
- Piskin, M. (2002). Okulzorbaligi: Tanimi, turleri, iliskili oldugu faktorler ve alinabilecek onlemler. *Kuram ve Uygulamada Egitim Bilimleri Dergisi* 2, 531-62.
- Poorseyed,S.R; Alizadeh,H; Kazemi,F; Borjali, A; & Farrokhi, N. (2017). Develop a social therapy interest program and evaluate its effectiveness on the social skills of bullying and victim adolescents. *Family and Research Quarterly*, 34: 51-68.(Persian).
- Rigby, K. (2003). *Stop the bullying: a hand book for schools*, Aust council for Ed Reserch.
- Robers, S., Kemp, J., & Truman, J. (2013). *Indicators of school crime and safety*: Washington, DC: National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education, and Bureau of Justice Statistics, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.
- Sukhodolsky, D.G., Kassinove, H., & Gorman, B.S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and violent behavior* 9(3), 247-269.
- Shetgiri, R., Lin, H., & flores, G. (2012). Identifying children at risk for being bullies in the United states. *Academic Pediatrcs*12(6), 509-522.
- Shujja, S., & Atta, M. (2011). Translation and validation of illinois bullying Scale for Pakistani children and adolescents. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology* 9, 79-82.
- Solberg, M.E., & Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/victim Questionnaire. *Aggressive Behavior* 29(3), 239-268.
- Sonstegard, M. A., Bitter, J. R., & Pelonis, P. (2004). *Adlerian group counseling and therapy: step-by-step*. New York, NY: Brunner/Routledge (Taylor & Francis).
- Stapinski, L., Bowes, L., Wolke, D., Pearson, R. M., Mahedy, L., Button, K. S., & Araya, R. (2014). Peer victimization during adolescence and risk for anxiety disorders in adulthood: A Prospective cohort study. *Depression and Anxiety* 31(7), 574-582.
- Steward, T., Perez, M., Mata, F., Zalacain, I., Cano, M., Rodriguez, O., Ardana, F., Yucel, M., Soriano, C., & Garcia, A. (2016). Emotion regulation and excess weight: Impaired affective processing characterized by dysfunctional insula activation and connectivity. *PLoS One*, 11(3), e0152150.
- Tanaka, T. (2001). The identity formation of the victim of shunning. *School psychology international* 22, 463-476.
- Tosun, V. (2014). Anger management of students for a peaceful school environment: The group studies. *Procedia-Social and Behavioral Science*, 159, 686-690.
- Turcotte Benedict, F., Vivier, P. M., & Gjelsvik, A. (2014). Mental health and bullying in the United states among children aged 6 to 17 years. *Journal of interpersonal violence* 30(5), 782-795.
- Van der wal, M F., De wit, C. M., & Hirasing, R.A. (2003). Psychosocial health among young victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics* 111,1312-131.
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Oldehinkel, A.J., Dewinter, A. F., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2005). Bullying and victimization in elementary schools: a comparison of bullies, victims, bully/victims, and uninvolved preadolescents. *Developmental psychology* 41, 672-682.
- Viding, E., Simmonds, E., Petrides, K. V., & Frederickson, N. (2009). The contribution of

- callous-unemotional traits and conduct problems to bullying in early adolescence, *Journal of child psychology and psychiatry* 50, 471-481.
- Wilson, D. (2004). The interface of school climate and school connectedness and relations with aggression and victimization. *Journal of school Health* 74(7), 293-299.
- Wolke, D., Woods, S., Bloomfield, L., & Karstadt, L. (2000). The association between direct and relational bullying and behaviour problems among primary school children. *Journal of child psychology and psychiatry* 8, 989-1002.
- Wren, A., Somers, J., Melissa, A. W., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., Huh, B.K., Rogers, L.L., & Keefe FJ. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent. *Journal of Pain Symptom Management* 43, 759-770.
- Yang, S.J., Kim, S.W., Shin, I.S., & Yoon, J.S. (2006). Bullying and victimization behaviors in boys and girls at south korean primary schools. *Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry* 5, 69-77
- Zapf, D. (1999). Organizationl, workgroup related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International journal of Manpower* 20(1/2), 70-85.