Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 20, Issue 1

The Effectiveness of Supportive Psychotherapy in Reducing Physical Aggression in Male Adolescents: A Single Case Study

Sahar Ghasemi[1], **Sajjad Esmaili**[2]

1. (Corresponding author)* M. A in Child and Adolescent Clinical Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran.

2. PhD Student of Psychology, Faculty of Psychology & Educational Science, Isfahan Islamic Azad University (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Adolescence is the period of transition from childhood to adulthood in which adolescents experience many changes, and their reactions to these changes are different. One of the maladaptive behaviors in this regard is aggression, which has long been the focus of many interventions. The present study aimed to investigate the effect of supportive psychotherapy on reducing physical aggression in male adolescents

Methods and Materials: In this study, a single case method with an A-B design was used. The statistical population included male adolescents aged 12-18 who were referred to the social emergency center with symptoms of chronic aggression during the first six months of 2020, of whom three were selected by purposive sampling. After three baseline sessions, the intervention sessions began, and a supportive psychotherapy package was administered for eight sessions of 45 minutes per week. Two follow-up sessions were held two weeks and one month after the intervention, and the results were evaluated. The data were collected by the Physical Aggression subscale of the Aggression Questionnaire (1).

Findings: A stable change index and recovery percentage were used to test the research hypothesis. Based on the overall recovery percentage of the three samples after treatment (42.77) and follow-up (48.02), it was concluded that supportive psychotherapy was effective in reducing physical aggression in adolescents.

Conclusions: Supportive psychotherapy was effective in reducing aggression in male adolescents. This treatment controls aggressive behaviors by increasing self-confidence and awareness of the strengths and weaknesses.

Keywords: Supportive psychotherapy, Physical aggression, Male adolescents.

Citation: Ghasemi S. Esmaili S. **The Effectiveness of Supportive Psychotherapy in Reducing Physical Aggression in Male Adolescents: A Single Case Study**. Res Behav Sci 2022; 20(1): 74-82.

*** Sahar Ghasemi,**
Email: ghasemisahar64@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.7.1]

[DOI: 10.52547/rbs.20.1.74]

اثربخشی روان‌درمانی حمایتی بر کاهش پرخاشگری بدنی نوجوانان پسر (مطالعه مورد منفرد)

سحر قاسمی[1]، سجاد اسماعیلی[2]

۱- (نویسنده مسئول)* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (واحد خوراسگان)، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: دوره نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است که نوجوانان در آن تغییرات زیادی را تجربه می‌کنند و واکنش آنها نسبت به این تغییرات متفاوت است یکی از رفتارهای ناسازگارانه در این خصوص پرخاشگری است که از دیرباز توجه مداخلات زیادی را به خود جلب کرده است. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر روان‌درمانی حمایتی بر کاهش پرخاشگری بدنی نوجوانان پسر می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش از روش پژوهش مورد منفرد با طرح A-B استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان پسر ۱۲- ۱۸ سال می باشدکه در طول ۶ ماه آغازین سال ۹۹ با علائم پرخاشگری مزمن به مرکز اورژانس اجتماعی مراجعه کرده بودند که از میان آن‌ها سه نوجوان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از سه جلسه خط پایه، جلسات مداخله آغاز و به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه بسته درمانی روان‌درمانی حمایتی اجرا شد. دو جلسه پیگیری بافاصله دو هفته و یک ماه از اجرای اقدامات درمانی نیز برگزار و نتیجه ارزیابی شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری، زیر مقیاس پرخاشگری بدنی استفاده شد (۱).

یافته‌ها: برای بررسی فرضیه پژوهش از شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی استفاده شد که بر اساس درصد بهبودی کلی سه نمونه پس از درمان (۴۲/۷۷) و پیگیری (۴۸/۰۲) می‌توان گفت روان‌درمانی حمایتی بر کاهش پرخاشگری بدنی نوجوانان مؤثر می‌باشد.

نتیجه‌گیری: روان‌درمانی حمایتی بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر مؤثر می‌باشد. این درمان با افزایش اعتمادبه‌نفس و آگاهی نسبت به نقاط قوت و ضعف در کنترل رفتارهای پرخاشگرانه مؤثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی حمایتی، پرخاشگری بدنی، نوجوانان پسر.

ارجاع: قاسمی سحر، اسماعیلی سجاد. **اثربخشی روان‌درمانی حمایتی بر کاهش پرخاشگری بدنی نوجوانان پسر (مطالعه مورد منفرد)**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۱؛ ۲۰(۱): ۷۴-۸۲.

*- **سحر قاسمی،**

رایان نامه: ghasemisahar64@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.7.1]

[DOI: 10.52547/rbs.20.1.74]

مقدمه

دوره نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است، تغییراتی که در این دوره رخ می‌دهد نیاز به سازگاری زیادی را در کودکان الزامی می‌کند برخی از کودکان جهت گذار از این دوره و سازگار شدن با تغییرات آن اضطراب زیادی را تحمل می‌کنند. واکنش نوجوانان به این تغییرات می‌تواند سازگارانه یا ناسازگارانه باشد (۲). رفتارهای ناسازگارانه می‌توانند شامل رفتارهای پرخطر جنسی (۳)، اختلالات خلقی (۴)، رفتارهای خودزنی و خودکشی (۵)، آزارهای فیزیکی و اختلالات رفتاری (۶)، مشکلات در ارتباط با تصویر بدن، سوءمصرف مواد و اعتیاد به مواد مخدر (۷) و رفتارهای پرخاشگرانه (۸) باشد. افزایش پرخاشگری در دوران کودکی از دیرباز به عنوان عامل خطر جدی برای زندگی آتی بوده است پرخاشگری می‌تواند باعث شکست تحصیلی انزوای اجتماعی و رفتارهای مجرمانه شود (۲).

پرخاشگری یا رفتاری که منجر به آزار رساندن به دیگران می‌شود معمولاً به عنوان تظاهرات خشم بیان می‌شود هرچند می‌تواند وسیله‌ای برای رسیدن به اهداف شخصی باشد (۹).

مطالعاتی که بر روی پرخاشگری صورت گرفته‌اند عوامل مختلفی از بافت اجتماعی تا زمینه‌های زیستی را مطرح می‌کنند مدل پرخاشگری عمومی رویکردی است که به صورت تئوریتیکال رفتارهای پرخاشگرانه را از دیرباز تفسیر می‌کرده است (۱۰) بر اساس این تئوری، شخص (صفات شخصیتی، عقاید) و فاکتورهای مربوط به موقعیت (تعاملات اجتماعی و فتنه‌انگیزی) می‌توانند بر رفتارهای پرخاشگرانه از طریق تأثیر بر وضعیت درونی اثر بگذارند (۱۱).

پرخاشگری به مجموعه‌ای از اعمال پرخاشگرانه اطلاق می‌شود که هدف آن آزار رساندن به دیگران با دستکاری روابط بین‌فردی می‌باشد (۱۲) و با جنایت‌های اجتماعی و ناسازگاری‌های روان‌شناختی مرتبط است (۱۳). رفتارهای پرخاشگرانه مانند پرخاشگری کلامی و پرخاشگری بدنی (ضربه با پا و دست) اشکال مهمی از پرخاشگری هستند (۱۴). پرخاشگری بدنی به شیوه‌ای فعال از ابراز خشم مانند زخمی کردن مشت زدن و ... اطلاق می‌شود(۱۵). داده‌های موجود از درگیری فیزیکی و پرخاشگری بدنی در یک سال گذشته در اروپا نشان داده است که ۳۶ درصد دانش آموزان حداقل یک‌بار درگیری فیزیکی و پرخاشگری بدنی داشته‌اند، به دلیل وجود گوناگونی‌های فراوان در معانی و واژگان به‌کاررفته تخمین عدد دقیقی در این مورد بسیار دشوار است اگرچه بررسی‌های صورت گرفته از اختلالات رفتاری خاص و تعریف شده‌تری می‌تواند یک مثال مرتبط برای قیاس کردن باشد. یک مرور سیستماتیک نشان می‌دهد که یک شیوع کلی از اختلالات روان‌شناختی مرتبط با پرخاشگری موجود است: اختلال سلوک ۳/۲ درصد و اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۳/۳ درصد در کودکان زیر ۱۸ سال. اگرچه شیوع اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای در تمام جوامع یکسان نیست اما بخش عمده‌ای از این تفاوت‌ها به روش‌های متفاوت تحقیقات مرتبط است (۱۶, ۱۷).

رفتارهای پرخاشگرانه در بین نوجوانان اثرات اجتماعی و اقتصادی مهمی به بار می‌آورد. تلاش‌های بی‌شمار و مداخلات زیادی در خصوص کاهش پرخاشگری نوجوانان صورت گرفته است (۱۸):

درمان‌های شناختی رفتاری(۱۹) ، آموزش مهارت حل مسئله (۲۰)، درمان راه‌حل محور (۲۱)، درمان‌های ذهن آگاهانه (۲۲) و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (۲۳).

یکی از مسائل مهم در کاهش پرخاشگری نوجوانان توجه به مداخلات چندبعدی است که در این میان می‌تواند به روان‌درمانی حمایتی اشاره نمود. روان‌درمانی حمایتی زیربنایی از روابط پزشک ـ بیمار در درمان‌های پزشکی و همه درمانگران بالینی دارد که به عنوان فرم خاصی از روان‌درمانی برای دو گروه از افراد استفاده می‌شود. ۱- افرادی که در تاریخچه زندگی خود عملکردهای خوبی داشته‌اند لکن به دلیل یک اتفاق ناگوار ناتوانی‌هایی در عملکرد برایشان ایجادشده است برای مثال: خیانت در روابط، طلاق، بیماری خودشان یا یکی از افراد نزدیکشان، سوگ و ... درمان حمایتی به آن‌ها کمک می‌کند این افراد وضعیت روانی‌شان را مجدداً بازسازی کنند البته اگر خودشان مایل باشند.

۲- بیمارانی با ناتوانی‌های جسمی یا روانی مزمن و تکرارشونده یا اختلالات شخصیت.

روان‌درمانی حمایتی به بیمار کمک می‌کند که از حال بدش کاسته شود و ظرفیت و توانایی‌هایش با توجه به همه محدودیت‌های ناشی از فشار بیماری و مشکلات شخصیتی افزایش یابد. این درمان ممکن است با دیگر آموزش‌های روان‌شناختی و دارودرمانی نیز همراه شود (۲۴).

تکنیک‌هایی که در این درمان به کار می‌روند شامل بازتوانی، افزایش سازگاری و راهکارهای مقابله است (۲۴). مطالعات صورت گرفته بر روی بیماران مبتلابه HIV نشان داد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.7.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.74]

که درمان حمایتی کیفیت زندگی این بیماران را افزایش داده است (۲۵).

در مطالعات صورت گرفته باهدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی- حمایتی و دارودرمانی بر افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲ نتایج بدست آمده نشان داد که درمان پویشی – حمایتی و دارودرمانی هر یک به‌تنهایی نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری را نشان دادند (۲۶). مطالعه صورت گرفته توسط مقتدر و همکاران نشان داد که روان‌درمانی حمایتی بر کاهش اضطراب و افسردگی، استرس و افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلابه اختلالات طیف اتیسم مؤثر است (۲۷). در مطالعه‌ای که توسط فالرن و همکاران صورت گرفت اتحاد درمانی به عنوان یک عمل مثبت در کاهش مشکلات پرخاشگری شناخته شد (۲۸). بررسی پژوهش‌ها نشان داد که تاکنون هیچ مطالعه داخلی و خارجی مبنی بر تأثیر روان‌درمانی حمایتی بر کاهش پرخاشگری بدنی نوجوانان انجام‌نشده است لذا پژوهش حاضر جهت تعیین تأثیر روان‌درمانی حمایتی بر کاهش پرخاشگری بدنی نوجوانان پسر انجام شد.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل نوجوانان پسر ۱۲- ۱۸ سال مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان اصفهان در ۶ ماه آغازین سال ۹۹ با شرح‌حال در معرض آسیب اجتماعی بودن و پرخاشگری‌های مزمن می‌باشد. نمونه به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند بر اساس هدف مطالعه انتخاب‌شده است. بر این اساس سه نوجوان با علائم پرخاشگری شدید در خانواده که توسط روانپزشک مرکز اورژانس اجتماعی نیز مورد معاینه قرار گرفتند و علائم پرخاشگری و تحریک‌پذیری برای آن‌ها تشخیص داده شد، انتخاب و وارد پژوهش گردیدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۱۲ – ۱۸ سال، جنسیت پسر، هوش نرمال، وجود پرخاشگری مزمن و پرخاشگری بدنی بیش از ۵ سال که بر اساس شرح‌حال والدین و پرسنل مدرسه مشخص گردید.

شرکت‌کنندگان هر سه بیش از ۳ سال تحت درمان دارویی قرارگرفته بودند لکن در سطحی از تحمل دارویی بودند که باعث شده بود این درمان جهت کاهش پرخاشگری نتیجه‌بخش نباشد.

شرکت‌کننده اول:

نوجوان پسر ۱۴ ساله، بر اساس شرح‌حال والدین از بدو تولد جز کودکان با مزاج سخت بوده است از ۳ سالگی علائم به صورت جدی شروع می‌شوند و از ۶ سالگی تحت درمان دارویی قرار می‌گیرد.

شرکت‌کننده دوم:

نوجوان پسر ۱۶ ساله، به صورت جدی از ۲/۵ سالگی تحریک‌پذیری و رفتارهای پرخاشگرانه خارج از دوره رشدی داشته است. درمان دارویی از ۷ سالگی آغاز می‌شود لکن در این سن سطح پرخاشگری بالا و بدون تغییرات است.

نوجوان پسر ۱۴ ساله، رفتارهای پرخاشگرانه به صورت جدی و خارج از ملاک‌های رشدی از ۵ سالگی نمایان می‌شود تحت درمان دارویی بوده است لکن فعلاً به سطح ثابتی از پرخاشگری با وجود مصرف دارو رسیده است.

لازم به ذکر است که تمامی موارد ذکرشده به دلیل رفتارهای پرخاشگرانه وضعیت نابسامانی در زندگی خانوادگی ایجاد کرده بودند که این امر باعث آزار فیزیکی و کلامی والدین نسبت به آن‌ها گشته بود.

طرح پژوهشی: گاهی در محیط‌های بالینی و آموزشی امکان استفاده از طرح‌های گروهی که نیازمند تکرار یا حذف متغیر مستقل است وجود ندارد از جمله علل آن می‌توان به حجم کم نمونه، خاص بودن ویژگی‌های آزمودنی‌ها و ناهمگن بودن افراد نمونه اشاره کرد که استفاده از طرح‌های گروهی را غیرممکن می‌سازد در مواقعی که پژوهشگر با چنین قید و بندهای اخلاقی و عملی مواجه می‌شود طرح‌های مورد منفرد تنها الگوی ارزیابی مناسب جهت اجرای مداخلات درمانی و آموزشی خواهند بود با توجه به تعداد کم کودکان دارای پرخاشگری‌های بدنی مزمن و دشواری اجرای مداخله گروهی برای این کودکان و عدم دسترسی به گروه کنترل در مرکز اورژانس اجتماعی، به دلیل ملاحظات اخلاقی امکان استفاده از طرح‌های گروهی با حجم حداقل ۱۵ نفر برای پژوهشگر وجود نداشت بنابراین در این پژوهش از روش پژوهش‌های مورد منفرد با طرح A-B و پیگیری استفاده شد. طرح A-B شامل دو موقعیت است، موقعیت اول A و موقعیت دوم B نامیده می‌شود به‌طورکلی موقعیت اول خط پایه است، در موقعیت دوم یک مداخله درمانی اجراشده است و سپس متغیر وابسته مورد ارزیابی قرار می‌گیرد موقعیت خط پایه (موقعیت کنترل) رفتار هدف را قبل از اجرای هر روش درمانی اندازه‌گیری می‌کند در پژوهش حاضر در ۳ جلسه اول میزان پرخاشگری طول یک هفته در خانه قبل از شروع دوره درمان موردانداره‌گیری قرار گرفت و در موقعیت B، ۸ جلسه درمانی اجرا شد و در جلسات چهارم، ششم و هشتم

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.7.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.74]

میزان پرخاشگری بدنی موردانداز‌ه‌گیری قرار گرفت. ۲ جلسه پیگیری با فاصله ۲ هفته و ۱ ماه از اجرای اقدامات درمانی نیز برگزار و نتیجه ارزیابی شد.

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری: این پرسشنامه توسط باس و پری (۱) تهیه و مورد بازنگری قرارگرفته است. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که شامل ۲۹ عبارت و چهار زیر مقیاس است، زیر مقیاس‌های آن عبارت‌اند از: خشم، پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی و خصومت. نمره گذرای این پرسشنامه به روش لیکرت و در یک طیف ۵ درجه‌ای است. پرسشنامه دارای اعتبار و روایی قابل قبولی است. نتایج ضریب باز آزمایی برای چهار زیر مقیاس ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ و همبستگی بین چهار زیر مقیاس ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ بدست آمده است. جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که نتایج نشانگر همسانی درونی زیر مقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ بوده است (۱).

جدول ۱. روند تغییر مراحل روان‌درمانی حمایتی سه پسر در پرخاشگری بدنی

مراجعان/ مراحل درمان	پسر اول	پسر دوم	پسر سوم
	خط پایه		
خط پایه اول	۳۰	۳۲	۳۷
خط پایه دوم	۳۶	۲۹	۳۹
خط پایه سوم	۳۳	۳۰	۴۰
میانگین مرحله خط پایه	۳۳	۳۰/۳۳	۳۸/۶۶
	درمان		
جلسه چهارم	۲۱	۲۱	۲۸
جلسه ششم	۱۷	۱۷	۲۰
جلسه هشتم	۱۸	۱۵	۱۸
میانگین مرحله درمان	۱۸/۶۶	۱۷/۶۶	۲۲
شاخص تغییر پایا (درمان)	۵/۳۵	۴/۷۲	۶/۲۱
درصد بهبودی پس از درمان	۴۳/۴۵	۴۱/۷۷	۴۳/۰۹
درصد بهبودی کلی پس از درمان	۴۲/۷۷		
	پیگیری		
پیگیری نوبت اول	۱۶	۱۷	۲۰
پیگیری نوبت دوم	۱۶	۱۶	۲۱
میانگین مرحله پیگیری	۱۶	۱۶/۵	۲۰/۵
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۶/۳۴	۵/۱۶	۶/۷۷
درصد بهبودی پس از پیگیری	۵۱/۵۱	۴۵/۵۹	۴۶/۹۷
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری	۴۸/۰۲		

پروتکل روان‌درمانی حمایتی: در این پژوهش جلسات آموزشی بر مبنای پروتکل روان‌درمانی حمایتی در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به اجرا درآمد (۲۴). آنچه در درمان حمایتی اصل است برقراری رابطه درمانی مبتنی بر همدلی و اتحاد درمانی است که در تمامی جلسات ابتدای جلسه زمانی به این امر اختصاص داده شد. سه جلسه اول: برقراری ارتباط درمانی، توضیح جلسات درمانی و اهداف جلسات، شناسایی هیجانات شناخته‌نشده و دفاع‌های روانی، نقاط قوت و ضعف در عملکردهای انطباقی و افزایش اعتمادبه‌نفس و آگاهی نسبت به نقاط قوت.

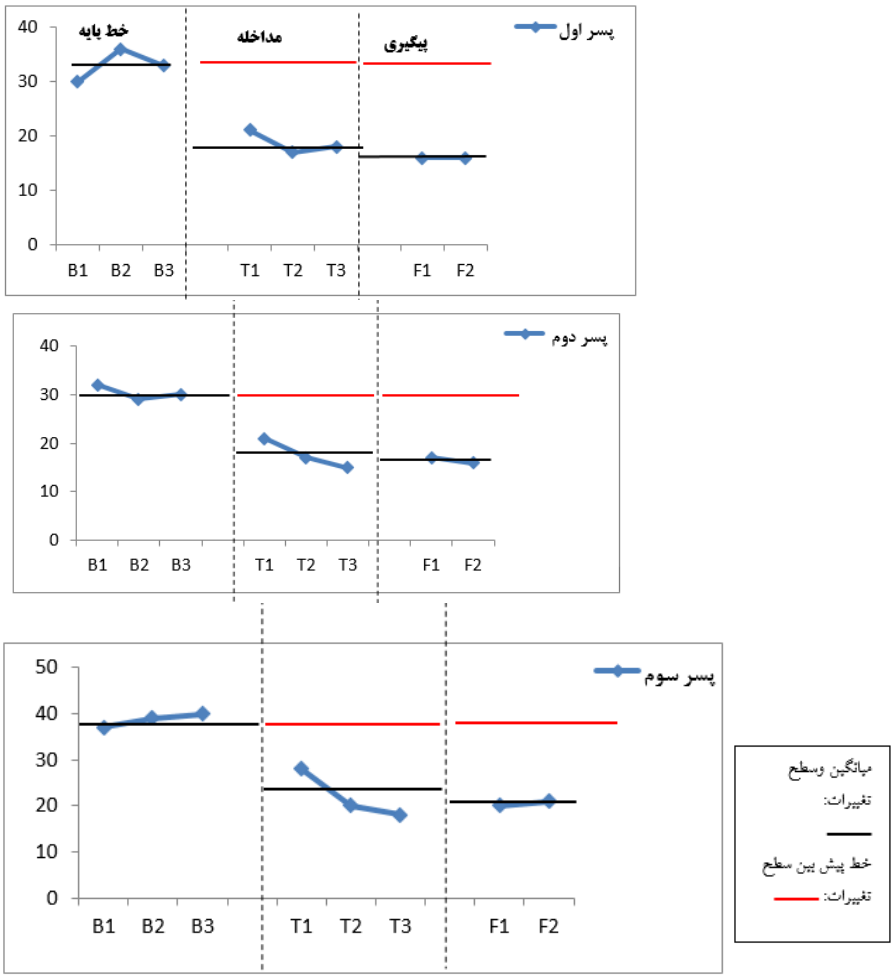
سه جلسه دوم: اتحاد درمانی، پذیرش احساسات و هیجانات شناخته‌شده در زمان خشم و افزایش عملکردهای انطباقی مراجع، مرور اهداف درمان، تحسین مراجع در خصوص اهداف حاصل‌شده و اطمینان‌بخشی در خصوص اهدافی که فراهم نشده‌اند و افزایش عزت‌نفس.

دو جلسه آخر: اتحاد درمانی، جمع‌آوری دستاوردها، تشویق در خصوص اهداف حاصل‌شده و توصیه به ادامه رفتارهای انطباقی و افزایش اعتمادبه‌نفس (۲۴).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.7.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.74]

یافته‌ها

به‌منظور خلاصه نمودن نتایج بدست آمده داده‌های هر یک از جلسات خط پایه، درمان و پیگیری سه شرکت‌کننده در جداول و نمودارها به شرح ذیل آمده است. جهت بررسی فرضیه پژوهش نیز از شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی استفاده شد. جدول ۱ و نمودار ۱، نمره‌های سه نوجوان پسر را در متغیر پرخاشگری بدنی در مرحله خط پایه، مداخله، پیگیری و درمان نشان می‌دهد.



نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های پرخاشگری بدنی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری روان‌درمانی حمایتی

نمودار ۱ نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های پرخاشگری بدنی در هر سه آزمودنی در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش‌یافته است. جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمرات پرخاشگری در سه پسر در خط پایه به ترتیب ۳۳، ۳۰/۳۳ و ۳۸/۶۶ بود و این میانگین در مرحله درمان به ۱۸/۶۶، ۱۷/۶۶ و ۲۲ رسید. همچنین میانگین نمرات در مرحله پیگیری تقریباً ثابت و به ترتیب ۱۶، ۱۶/۵ و ۲۰/۵ به دست آمد. بر اساس جدول (۱) مقدار شاخص تغییر پایا به‌دست‌آمده برای هر سه شرکت‌کننده در مرحله درمان و پیگیری معنی‌دار بود ($p<۰/۰۵$). درصد بهبودی آزمودنی اول پس از درمان ۴۳/۴۵ و پس از پیگیری نیز ۵۱/۵۱ بود. همچنین برای آزمودنی دوم درصد بهبودی پس از درمان ۴۱/۷۷ و پس از پیگیری ۴۵/۵۹ بود. درصد بهبودی آزمودنی سوم نیز پس از درمان ۴۳/۰۹ و پس از پیگیری ۴۶/۹۷ بود؛ بنابراین بر اساس درصد بهبودی کلی هر سه آزمودنی پس از درمان (۴۲/۷۷) و پیگیری (۴۸/۰۲) می‌توان گفت که میزان اثربخشی روان‌درمانی حمایتی بر پرخاشگری بدنی در نوجوانان پسر بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، در مرحله درمان و پیگیری، در طبقه بهبودی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.7.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.74]

قرار می‌گیرد و به طور کل حاکی از موفقیت مداخله حمایتی بر پرخاشگری بدنی در نوجوانان پسر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر روان‌درمانی حمایتی بر کاهش پرخاشگری بدنی نوجوانان پسر بود. نتایج تحلیل آماری نشان داد که روان‌درمانی حمایتی بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر مؤثر است. جست‌وجوی پژوهشگر نشان می‌دهد این مطالعه اولین مقاله در نوع خود است که به بررسی تأثیر روان‌درمانی حمایتی بر کاهش پرخاشگری بدنی پرداخته است لذا فاقد هرگونه پیشینه داخلی و خارجی جهت مقایسه یافته‌های این پژوهش با دیگر پژوهش‌ها در زمینه روان‌درمانی حمایتی می‌باشد. پاره‌ای از پژوهش‌ها اثربخشی دیگر درمان‌ها و آموزش‌ها بر پرخاشگری را به شرح زیر نشان می‌دهند: درمان شناختی رفتاری (۱۹) آموزش مهارت حل مسئله (۲۰) درمان راه‌حل محور (۲۱) درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۲۲) و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (۲۳). تأثیر روان‌درمانی حمایتی در دیگر حیطه‌ها نیز موردبررسی قرارگرفته است که به شرح زیر می‌باشد: بهبود افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲ (۲۷)، کاهش اضطراب و افسردگی و استرس و افزایش کیفیت زندگی مادران مبتلابه اختلالات طیف اتیسم (۲۸). لذا نتایج پژوهش حاضر به صورت غیرمستقیم با پژوهش‌های ذکرشده هم سو می‌باشد. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت پرخاشگری مجموعه‌ای بسیار وسیع از رفتارهای متنوع و گوناگون است و نوجوانی نیز دوره‌ای است که در آن تغییرات اجتماعی، عاطفی و فیزیولوژیک به صورت بسیار پررنگ نمود پیدا می‌کند لذا رفتارهای پرخاشگرانه در حالت طبیعی و نرمال جزئی از روند رشد این دوره می‌باشند. آنچه در پژوهش حاضر مورد نظر است نوعی از پرخاشگری به نام پرخاشگری بدنی است، که در آن درجه آسیب بالا و از حد نرمال خارج است. در روند کاهش پرخاشگری بدنی نوجوانان به دلیل نمودهای بیرونی و احتمال آسیب شخص به خود و دیگران و تخریب ابعاد مختلف زندگی فرد اعم از روابط بین‌فردی، وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی و سلامت روان، شخص به درمانی همه‌جانبه، نظارتی شدید و رابطه درمانی قوی نیاز دارد که در این رویکرد درمانی به آن پرداخته می‌شود. روان‌درمانی حمایتی مجموعه‌ای از اصول رویکردهای درمانی مطرح را شامل می‌شود که منجر به حمایتی همه‌جانبه و کامل می‌گردد. برقراری یک رابطه درمانی صحیح بین درمانگر و مراجع در این درمان از اهمیت بالایی برخوردار است این رابطه مبتنی بر همدلی و اتحاد درمانی است که منجر به ایجاد انگیزه نسبت به ادامه درمان در مراجع می‌گردد آنچه در درمان‌های پویشی نیز مطرح است. مراجع با برقراری رابطه درمانی قوی، بخش عمده‌ای از روند درمان خود را طی کرده و در انجام تکالیف و توجه به درمان و داشتن انگیزه نسبت به درمان قدم مهمی برمی‌دارد. از دیگر موارد بسیار مهم در توانایی کنترل پرخاشگری، آگاهی مراجع نسبت به هیجانات و توانایی شناخت احساسات در لحظه می‌باشد. مراجع با داشتن آگاهی نسبت به هیجانات و شناخت احساسات خود در مواقع بروز محرک‌های پرخاشگری بر شناخت علائم روانی و بدنی خود تسلط لازم را بدست آورده همانند آنچه در درمان‌های شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی نیز آموزش داده می‌شود. در جلسات درمان مراجع با افزایش کیفیت عملکردهای انطباقی و افزایش اعتمادبه‌نفس خود می‌تواند در مواقع لزوم بر خشم خود فائق شود و پرخاشگری خود را کنترل کند. روان‌درمانی حمایتی با ارائه راهکارهای همه‌جانبه و تحسین و اطمینان بخشی به مراجع باعث کاهش پرخاشگری و افزایش سطح سازگاری و عملکردهای انطباقی و اعتمادبه‌نفس مراجع می‌شود. آنچه این درمان را از دیگر درمان‌ها متمایز می‌کند اتحاد درمانی و همدلانه بسیار قوی و به‌کارگیری مجموع اصول درمانی به‌کاررفته در رویکردهای دیگر در یک پروتکل درمانی است که منجر به افزایش نتیجه درمان می‌گردد. در نهایت نتیجه گرفته می‌شود که روان‌درمانی حمایتی روشی مؤثر در کاهش پرخاشگری بدنی نوجوانان می‌باشد نتایج این مطالعه درک بهتری از تأثیر روان‌درمانی حمایتی بر کاهش پرخاشگری ارائه می‌دهد. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش نمونه بسیار محدود از نوجوانان پسر مبتلابه پرخاشگری بدنی می‌باشد که این تعداد نمی‌تواند معرف خوب و کافی برای جامعه باشد لذا تعمیم نتایج بایستی با احتیاط صورت گیرد. محدودیت دیگر عدم امکان کنترل کافی بر متغیرهای محیطی و خانوادگی و نداشتن دوره پیگیری طولانی مدت بود. لذا پیشنهاد می‌گردد این پژوهش در سایر جوامع با دامنه سنی گسترده‌تر و بر روی هر دو جنس صورت گیرد. همچنان پیشنهاد می‌شود این درمان بر سایر مؤلفه‌های روان‌شناختی اجرا و نتایج حاصل با سایر روش‌ها مقایسه گردد و در صورت امکان با تعداد نمونه بیشتر انجام شود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.7.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.74]

تقدیر و تشکر

با تشـــکر از مرکز اورژانـس اجـتـماعی شهرسـتان اصـفهـان و خانواده‌های محترم آزمودنی‌های شرکت‌کننده که در انجـام ایـن پژوهش همکاری را داشتند.

References

1. Samani S. Study of reliability and validity of the Buss and Perry's aggression questionnaire. 2008.
2. Muratori P, Bertacchi I, Giuli C, Nocentini A, Lochman JE. Implementing coping power adapted as a universal prevention program in Italian primary schools: A randomized control trial. Prevention science. 2017;18(7):754-61.
3. Leung H, Lin L. Adolescent sexual risk behavior in Hong Kong: prevalence, protective factors, and sex education programs. Journal of Adolescent Health. 2019;64(6):S52-S8.
4. Sadeghzade M SF. Predicting adolescent anxiety and depression based on two dimensions of process model and family content. Journal of ways and models of psychology. 2010;2:61-73.
5. Lustig S, Koenig J, Resch F, Kaess M. Help-seeking duration in adolescents with suicidal behavior and non-suicidal self-injury. Journal of psychiatric research. 2021;140:60-7.
6. Pérez-García M, Sempere-Pérez J, Rodado-Martínez JV, López DP, Llor-Esteban B, Jiménez-Barbero JA. Effectiveness of multifamily therapy for adolescent disruptive behavior in a public institution: A randomized clinical trial. Children and Youth Services Review. 2020;117:105289.
7. Gallant J-N, Morgan CD, Stoklosa JB, Gannon SR, Shannon CN, Bonfield CM. Psychosocial difficulties in adolescent idiopathic scoliosis: body image, eating behaviors, and mood disorders. World Neurosurgery. 2018;116:421-32. e1.
8. Rusiana E, Keliat BA. Relationship between emotional and behavioral problems with self-injury in adolescents. Enfermería Clínica. 2021;31:S175-S9.
9. Veenstra L, Bushman BJ, Koole SL. The facts on the furious: a brief review of the psychology of trait anger. Current Opinion in Psychology. 2018;19:98-103.
10. Allen JJ, Anderson CA, Bushman BJ. The general aggression model. Current opinion in psychology. 2018;19:75-80.
11. García-Sancho E, Salguero J, Fernández-Berrocal P. Angry rumination as a mediator of the relationship between ability emotional intelligence and various types of aggression. Personality and Individual Differences. 2016;89:143-7.
12. Golmohammad Nejad Bahrami G. The Comparison of the Effectiveness of Problem-Solving Skill and Emotional Intelligence on Decreasing Aggression in Adolescent Girl Students of Guidance School. Journal of Instruction and Evaluation. 2019;12(46):13-28.
13. Voulgaridou I, Kokkinos CM. The mediating role of friendship jealousy and anxiety in the association between parental attachment and adolescents' relational aggression: A short-term longitudinal cross-lagged analysis. Child Abuse & Neglect. 2020;109:104717.
14. Sharma D, Kishore J, Sharma N, Duggal M. Aggression in schools: Cyberbullying and gender issues. Asian journal of psychiatry. 2017;29:142-5.
15. Crago RV, Renoult L, Biggart L, Nobes G, Satmarean T, Bowler JO. Physical aggression and attentional bias to angry faces: an event related potential study. Brain research. 2019;1723:146387.
16. Burkey MD, Hosein M, Purgato M, Adi A, Morton I, Kohrt BA, et al. Psychosocial interventions for disruptive behavioural problems in children living in low-and middle-income countries: study protocol of a systematic review. BMJ open. 2015;5(5):e007377.
17. Canino G, Polanczyk G, Bauermeister JJ, Rohde LA, Frick PJ. Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2010;45(7):695-704.
18. Castillo-Eito L, Armitage CJ, Norman P, Day MR, Dogru OC, Rowe R. How can adolescent aggression be reduced? A multi-level meta-analysis. Clinical psychology review. 2020;78:101853.
19. Mohamed SM, Marzouk SA, Ahmed FA, Nashaat NAM, Omar RAEAT. Cognitive behavioral program on aggression and self-concept among institutionalized children with conduct disorder. Archives of Psychiatric Nursing. 2022;39:84-90.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.7.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.74]

20. Perla F, O'Donnell B. Encouraging problem solving in orientation and mobility. Journal of Visual Impairment & Blindness. 2004;98(1):47-52.
21. Archuleta KL, Burr EA, Carlson MB, Ingram J, Kruger LI, Grable JE, et al. Solution-focused financial therapy: A brief report of a pilot study. Journal of financial Therapy. 2015.
22. Soysa CK, Wilcomb CJ. Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. Mindfulness. 2015;6(2):217-26.
23. Dousti P, Gholami S, Torabian S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on aggression among students with internet addiction. Journal of health and care. 2016;18(1):63-72.
24. Winston A, Rosenthal RN, Roberts LW. Learning supportive psychotherapy: An illustrated guide: American Psychiatric Pub; 2019.
25. Hosseinian S, Tabatabaei S, Ravaei F. Effectiveness of supportive psychotherapy on quality of life of women with HIV in Kermanshah. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011;30:1902-7.
26. Nayyeri M, Rajaee A, Meschi F, Sodagar S. Comparison of Effectiveness of Dynamic-Supportive Psychotherapy and Pharmacotherapy on Type 2 Diabetes Patients' Depression. Horiz Med Sci. 2018;24(2):139-45.
27. Moghtader L, Akbari B, Haghgoo Siahgurabi M. The effect of group supportive and training psychotherapy on anxiety, depression, stress and quality of life in mothers of children with autism spectrum disorders. Studies in Medical Sciences. 2016;27(2):167-77.
28. Fahlgren MK, Berman ME, McCloskey MS. The role of therapeutic alliance in therapy for adults with problematic aggression and associated disorders. Clinical psychology & psychotherapy. 2020;27(6):858-86.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.7.1]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.74]