

اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر تنظیم هیجان و خود کنترلی والدین دارای کودکان پر خاشگر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۳۰

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر تنظیم هیجان و خود کنترلی والدین دارای کودکان پر خاشگر انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل مادران پر خاشگر و فرزندان آن‌ها بودند که در سال ۱۴۰۵ به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه کرده بودند. با استفاده از نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس و بر اساس تحلیل توان، ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل مهارت‌های تنظیم هیجان (گراتز و روئمر)، خود کنترلی (تانجی و همکاران) و پر خاشگری (نواکو) بود. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی شناختی رفتاری (بر اساس پروتکل لیهی و همکاران) قرار گرفتند، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (سه ماهه) جمع‌آوری و با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته در نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری به طور معناداری موجب افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان و خود کنترلی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است ($P < 0/001$). اندازه اثر (مجذور اتا = ۰/۶۲) حاکی از تأثیر بالای این مداخله بود و نتایج در مرحله پیگیری سه ماهه نیز پایدار باقی ماند.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی رفتاری با اصلاح الگوهای شناختی مادران و ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان، نقش مؤثری در بهبود سازوکارهای خود کنترلی و کاهش پر خاشگری در کودکان ایفا می‌کند. این رویکرد می‌تواند به عنوان یک مداخله آموزشی-درمانی کارآمد در مراکز مشاوره جهت قطع چرخه بین‌نسلی خشونت مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: پر خاشگری، تنظیم هیجان، خود کنترلی، درمان شناختی رفتاری (CBT)

ژیلا قلیچ خانی چروری^{۱*}

سارا نجفیان^۲

^۱ گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران (نویسنده مسئول).

^۲ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه غیر انتفاعی ایوان‌کی، ایوان‌کی، ایران

Email:

Zhilaghelichkhani1346@gmail.com

مقدمه

خانواده به عنوان نخستین و پایدارترین نهاد اجتماعی، نقشی حیاتی در پی‌ریزی ساختار روانی و رفتاری نسل‌های آینده ایفا می‌کند (۱). سلامت روانشناختی جامعه در گرو کارکرد صحیح این نهاد است؛ با این حال، بروز رفتارهای ناسازگارانه و الگوهای تعاملی مخرب در محیط خانواده، می‌تواند این بستر رشد را به منشأ آسیب‌های جدی تبدیل کند (۲). یکی از چالش‌برانگیزترین پدیده‌ها در این حوزه، وجود والدین دارای خشونت^۱ است که با اعمال رفتارهای تهاجمی، نه تنها امنیت روانی خانه را مخاطره‌آمیز می‌کنند، بلکه چرخه‌ای از آسیب را به نسل بعد منتقل می‌سازند. خشونت والدین اغلب ریشه در ناتوانی آن‌ها در مدیریت تکانه‌ها و فقدان مهارت‌های لازم برای مواجهه با چالش‌های زندگی روزمره دارد (۳).

والدین خشونت‌گر معمولاً در مواجهه با محرک‌های تنش‌زای محیطی یا رفتارهای هنجارگریز کودکان، به جای اتخاذ رویکرد حل مسئله، دچار برانگیختگی هیجانی شدید می‌شوند (۴). این واکنش‌ها که شامل خشم مهارنشده، بی‌آزمی و بی‌پناهی هیجانی است، نشان‌دهنده نقص در تنظیم هیجان^۲ است (۵). تنظیم هیجان به فرآیندهای درونی و بیرونی اطلاق می‌شود که مسئولیت بازبینی، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی را بر عهده دارند تا فرد بتواند در مسیر دستیابی به اهداف خود عمل کند (۶). نقص در این مهارت باعث می‌شود والدین نتوانند میان احساس خشم و رفتار پرخاشگرانه تفکیک قائل شوند، که این امر منجر به ایجاد اتمسفری متشنج در خانواده می‌گردد (۷).

پیامد مستقیم فقدان تنظیم هیجان در والدین، بر تحول روانی کودکان سایه می‌افکند. بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی،

کودکان با مشاهده الگوهای رفتاری والدین، شیوه‌های تعامل با دنیای پیرامون را می‌آموزند (۸). زمانی که محیط خانه با خشونت عجین باشد، توانایی خودکنترلی^۳ در کودکان به شدت آسیب می‌بیند (۹). خودکنترلی به عنوان ظرفیت فرد برای تغییر پاسخ‌های خود و همسو کردن آن‌ها با استانداردهای اخلاقی و اجتماعی، زیربنای سلامت روان در دوران کودکی و نوجوانی است (۱۰). کودکان والدین خشونت‌گر به دلیل عدم دریافت بازخوردهای مناسب و فقدان الگوی سالم، در مهار تکانه‌های خود ناتوان مانده و مستعد بروز رفتار پرخاشگرانه^۴ می‌شوند (۱۱). این پرخاشگری در کودکان می‌تواند به صورت فیزیکی، کلامی یا رابطه‌ای بروز کرده و منجر به طرد اجتماعی، افت تحصیلی و شکل‌گیری اختلالات شخصیت در آینده شود (۱۲).

با توجه به این زنجیره آسیب‌زا، ضرورت مداخلات روانشناختی که نه تنها علائم، بلکه زیرساخت‌های شناختی و رفتاری والدین را هدف قرار دهند، بیش از پیش احساس می‌شود. در این میان، درمان شناختی رفتاری^۵ به عنوان یکی از کارآمدترین و مبتنی‌برشواهدترین رویکردهای درمانی شناخته می‌شود (۱۳). درمان شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که الگوهای فکری ناکارآمد (شناخت‌ها) منجر به رفتارهای ناسازگار و هیجانات منفی می‌شوند. در کار با والدین دارای خشونت، این رویکرد تلاش می‌کند تا با شناسایی تحریف‌های شناختی (مانند فاجعه‌سازی یا برجسب‌زنی به کودک) و بازسازی آن‌ها، پاسخ‌های هیجانی را تعدیل کند (۱۴).

³ Self-Control⁴ Aggressive Behavior⁵ Cognitive Behavioral Therapy¹ Violence² Emotion Regulation

درمان شناختی رفتاری با ارائه تکنیک‌هایی نظیر پایش خود، بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، به والدین کمک می‌کند تا «واکنش‌های هیجانی منفی» خود را شناسایی کرده و آن‌ها را با پاسخ‌های انطباقی جایگزین کنند (۱۵). بهبود «مهارت‌های تنظیم هیجان» در والدین از طریق این درمانی، نه تنها باعث کاهش تنش‌های کلامی و فیزیکی می‌شود، بلکه مدل‌سازی جدیدی را برای کودک فراهم می‌آورد. وقتی والدین بیاموزند که چگونه خشم خود را مدیریت کنند، اتمسفر خانواده از حالت تدافعی به حالت حمایتی تغییر می‌یابد (۱۶). این تغییر محیطی، فرصتی را برای کودک فراهم می‌کند تا مهارت‌های «خودکنترلی» را تمرین نماید. در واقع، کاهش استرس والدگری و بهبود کیفیت تعامل والد-کودک در پی مداخلات درمان شناختی رفتاری، به طور غیرمستقیم باعث تقویت سازوکارهای مهارتی در کودک شده و در نهایت به کاهش «رفتار پرخاشگرانه» در او منجر می‌شود (۱۷).

درمان شناختی - رفتاری (CBT) یکی از مؤثرترین مداخلات روان‌شناختی برای ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان در والدین دارای رفتارهای خشنوت‌آمیز محسوب می‌شود. این رویکرد با تمرکز بر شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد، آموزش راهبردهای مقابله‌ای، بازسازی شناختی و افزایش خودکنترلی، به والدین کمک می‌کند تا واکنش‌های هیجانی و تکانشی خود را مدیریت کرده و از بروز رفتارهای پرخاشگرانه در تعامل با فرزندان جلوگیری کنند. بهبود تنظیم هیجان والدین نه تنها موجب کاهش تنش و تعارض در روابط والد-کودک می‌شود، بلکه با ایجاد الگوهای فرزندپروری مثبت، زمینه کاهش رفتارهای پرخاشگرانه، افزایش خودکنترلی و بهبود سازگاری هیجانی و رفتاری کودکان را نیز فراهم می‌آورد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری به والدین می‌تواند به طور معناداری شیوه‌های فرزندپروری را بهبود بخشد و از

انتقال الگوهای خشنوت و پرخاشگری به کودکان پیشگیری کند (۱۸ و ۱۹)

با وجود اهمیت بنیادین این موضوع، بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که اکثر مطالعات یا صرفاً بر کاهش خشنوت والدین تمرکز کرده‌اند و یا به صورت مجزا به مشکلات رفتاری کودکان پرداخته‌اند. خلاء پژوهشی محسوسی در زمینه تبیین یک مدل یکپارچه که نشان دهد چگونه تغییر در زیرساخت‌های هیجانی والدین (از طریق درمان شناختی رفتاری) می‌تواند به صورت متوالی بر ظرفیت‌های کنترلی و رفتاری کودکان تأثیر بگذارد، وجود دارد. به عبارت دیگر، مکانیسم اثرگذاری آموزش تنظیم هیجان والدین بر خودکنترلی کودکان در خانواده‌های آسیب‌دیده، همچنان نیازمند واکاوی دقیق است. همچنین، بسیاری از پژوهش‌های داخلی بر روی نمونه‌های عمومی تمرکز داشته‌اند و والدین دارای رفتارهای خشنوت‌آمیز که در گروه‌های پرخطر دسته‌بندی می‌شوند، کمتر به صورت تخصصی تحت مداخلات متمرکز بر تنظیم هیجان قرار گرفته‌اند. اهمیت این پژوهش در آن است که با هدف قرار دادن ریشه مشکل (نقص در تنظیم هیجان والدین)، به دنبال قطع چرخه بین‌نسلی خشنوت است. اگر بتوان ثابت کرد که ارتقای مهارت‌های تنظیمی در والدین از طریق رویکرد شناختی رفتاری، منجر به بهبود خودکنترلی و کاهش پرخاشگری در کودکان می‌شود، می‌توان پروتکل‌های درمانی جامع‌تری را برای مراکز مشاوره و نهادهای حمایتی (مانند بهزیستی) تدوین کرد. این مطالعه نه تنها به دانش نظری در حوزه روان‌شناسی خانواده و تحولی می‌افزاید، بلکه راهکارهای عملیاتی برای کاهش آسیب‌های اجتماعی ناشی از پرخاشگری در کودکان ارائه می‌دهد. بنابراین، مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان شناختی رفتاری (درمان شناختی رفتاری) می‌تواند با بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان در والدین دارای خشنوت، منجر به ارتقای سطح

خودکنترلی و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان آنها شود؟ و این فرآیند تغییر، تحت تأثیر چه مکانیسم‌های شناختی و رفتاری در بافت خانواده صورت می‌گیرد؟

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از مادران پرخاشگر و فرزندان آنها بود که به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۵ مراجعه کرده بودند که از این جامعه تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس (بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G3 Powe و با در نظر گرفتن پارامترهای اندازه اثر = ۰/۳۶؛ ضریب آلفا = ۰/۰۵؛ توان آزمون = ۰/۹۵) انتخاب شدند. حجم نمونه نیز برای هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که به‌طور کلی حجم نمونه ۳۰ نفر اتخاذ شد. لذا در این مطالعه ۲ گروه ۱۵ نفری برای پژوهش انتخاب شد که تخصیص آنها در دو گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی انجام شد. ملاک‌های ورود پژوهش شامل مادران پرخاشگر، ملیت ایرانی، رده سنی ۲۵ تا ۵۲ سال، داشتن تحصیلات دیپلم به بالا و دارا بودن کودک پرخاشگر و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، ناقص تکمیل شدن پرسش‌نامه‌ها، انصراف از ادامه همکاری، عدم تعهد نسبت به تمرینات در فرایند مداخله و شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر بود. روش اجرا به این صورت بود که پس انتخاب گروه نمونه با توجه به معیارهای ورود، پرسشنامه‌های مورد بررسی انجام شد. در ادامه درمان شناختی رفتاری (CBT) در یکی از مراکز مشاوره شهر تهران آموزش داده شد (مرکز دارای فضا، امکانات و تجهیزات آموزشی مناسب بود). تمام افراد مشارکت‌کننده در پژوهش که حاضر به همکاری شدند، پرسشنامه‌ها را

به‌صورت گروهی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کرده و برای تکمیل آنها محدودیت زمانی لحاظ نشد. نحوه اجرا نیز به این صورت بود که درمان شناختی رفتاری (CBT) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) و به صورت گروهی برگزار شد. محرمانه بودن اطلاعات کسب‌شده، جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان پژوهش، عدم انتشار اطلاعات آنها به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان‌بخش از جمله ملاحظات بود که پژوهشگر مدنظر قرارداد. در نهایت برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

مهارت‌های تنظیم هیجان: این مقیاس توسط گراتز و روئمر^۱ (۲۰) طراحی شده است. که برای ارزیابی تنظیم هیجانی طراحی شده است. این مقیاس دارای ۳۶ سؤال است. که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش خرده مقیاس می‌سنجد، که عبارت‌اند از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی منفی سؤالات، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه فقدان، آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان وضوح هیجانی است (۲۱). همبستگی این مقیاس با پرسشنامه هیجان‌خواهی زاگرمین ۰/۲۶ گزارش شده است. ثبات درونی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۸ به دست آمد (۲۰). در ایران بشارت و همکاران پایایی بازآزمایی مقیاس تنظیم هیجان را در دو نوبت با فاصله‌های ۴ تا ۶ هفته برای کل مقیاس از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ به دست آورده است. همچنین ضرایب همبستگی عدم پذیرش هیجان‌های منفی با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۵۳،

درماندگی آموخته شده ۰/۴۴، راهبردهای رشد یافته ۰/۴۷، راهبردهای رشد نیافته ۰/۵۱، عاطفه مثبت ۰/۴۵ و عاطفه منفی ۰/۴۶ به دست آمد (۲۲). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

مقیاس خودکنترلی: این مقیاس توسط تانجی و همکاران (۲۳) ساخته شده است. فرم اصلی این مقیاس ۳۶ گویه دارد و فرم کوتاه شده آن ۱۳ گویه دارد که دارای دو خرده مقیاس خودکنترلی اولیه و خودکنترلی منع کننده می باشد. پاسخ گویان روی طیف لیکرت پنج درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (بسیار) پاسخ می دهند. دامنه نمرات برای کل پرسشنامه ۱۳ تا ۶۵ است؛ نمرات بالاتر نشان دهنده خودکنترلی بالاتر است. تانجی و همکاران (۲۳) روایی همگرایی این مقیاس را از طریق همبستگی با پرسشنامه خودکنترلی گری و ویلسون گزارش کردند ($r=0/80$) که نشان دهنده روایی همگرایی مطلوب است؛ همچنین آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ گزارش شد. در ایران، غفاری چراتی و همکاران روایی همگرایی این مقیاس بررسی کردند و نشان دادند که این مقیاس با معیارهای خودکنترلی و ویژگی های مرتبط همبستگی قوی دارد؛ همبستگی آن با وظیفه شناسی به صورت ($r=0/45$ تا $r=0/50$) گزارش شد که نشان دهنده روایی همگرایی خوبی است؛ همچنین آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ گزارش شد (۲۴). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۳ محاسبه شد.

رفتارهای پرخاشگرانه: مقیاس خشم نواکو توسط نواکو در سال ۱۹۹۴ گسترش یافت و به مقیاسی که اکنون موجود است تبدیل کرد. مقیاس خشم نواکو عبارت است از ۲۵ آیتم که هر کدام موقعیت هایی را توصیف می کند. این آیتم ها موقعیت فرد را در حالت های مختلف خشم قرار می دهند. همچنین این مقیاس به پنج بخش فرعی تقسیم می شوند که اندازه تحریک فرد را نشان می دهد و گزینه های

آن به ترتیب از ۰ تا ۴ نمره گذاری می شوند. نمره هر آزمودنی بین ۰ تا ۱۰۰ قرار می گیرد. این مقیاس در شهر لوس آنجلس در گروه های سنی مختلف بر روی ۱۵۴۶ نفر بدون در نظر گرفتن جنسیت اجرایی شده است؛ اعتبار آن برابر ۰/۹۶ و روایی آن برابر با ۰/۸۶ محاسبه شده است (۲۵). مختار ملک پور و همکاران در پژوهشی باهدف بررسی ویژگی های روان سنجی (روایی و پایایی) مقیاس خشم نواکو بر روی دانشجویان دانشگاه اصفهان انجام شده است روایی آزمون با استفاده از سه روش همبستگی نمره های آزمون با آزمون پرخاشگری باس و پری، روش بررسی روایی محتوایی و روش تحلیل عاملی مقیاس بررسی شد. همچنین پایایی آزمون با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به دست آمد. نتایج نشان داد که پایایی این آزمون با روش آلفا برابر با ۰/۸۶ و با روش بازآزمایی برابر با ۰/۷۳ و روایی آزمون (همبستگی با آزمون باس و پری، ۱۹۹۲) برابر با ۰/۷۸ گزارش شد. ضمن اینکه روایی محتوایی مورد تأیید ۵ متخصص روانشناس، مشاور و جامعه شناس قرار گرفت و با تحلیل عوامل نیز تأیید شد (۲۵). همچنین در پژوهشی که توسط محمودی بر روی دانش آموزان متوسطه اول صورت گرفت پایایی این آزمون را با روش آلفا برابر ۰/۸۷ و روایی آزمون برابر با ۰/۸۱ گزارش شد همچنین روایی با تحلیل عوامل نیز تأیید شد (۲۵). آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر برای پرسشنامه مذکور ۰/۹۰۱ بود.

مداخله درمان شناختی رفتاری: اعضای یک برنامه گروهی درمان شناختی رفتاری شرکت کردند که طی ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای برگزار شد. این مداخله بر مبنای پروتکل درمانی ارائه شده توسط لیهی و همکاران (۲۶) طراحی شده و توسط پژوهشگر اجرا گردید. خلاصه ای از محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شرح جلسات مداخله شناختی رفتاری

جلسه	اهداف
اول	آشنایی با اعضای گروه، تبیین قوانین و ساختار جلسات، معرفی مفاهیم انعطاف پذیری روان شناختی و اجتناب تجربی، بررسی تأثیر اختلال طیف اوتیسم بر تنیدگی والدین، معرفی مدل ارتباط افکار، احساسات و رفتار (مدل A-B-C) ارائه تمرین ثبت روزانه خلق.
دوم	مرور تکالیف جلسه قبل، شناسایی افکار خودکار منفی مرتبط با والدگری کودک مبتلا به اوتیسم، معرفی اجتناب تجربی به عنوان یک الگوی ناکارآمد، تمرین تشخیص موقعیت های تحریک کننده اجتناب.
سوم	آموزش تحریف های شناختی رایج در والدین (مانند فاجعه سازی، تحریف خود یا دیگران)، تمرین عملی شناسایی و ثبت تحریف ها، معرفی تکنیک توقف فکر، تمرین ثبت موقعیت -افکار-هیجانات.
چهارم	آشنایی با باورهای بنیادین مرتبط با والدگری (مانند احساس بی کفایتی یا کنترل ناپذیری)، آموزش تکنیک پیکان عمودی برای کشف باورهای زیربنایی، تمرین بازسازی باورهای ناکارآمد، طراحی جملات مقابله ای مبتنی بر پذیرش و شواهد.
پنجم	مشاهده افکار و احساسات بدون قضاوت، تمرین جایگزینی افکار منطقی، آموزش فن ارزیابی تدریجی و تنظیم تنفس.
ششم	تمرین ذهن آگاهی در موقعیت های چالش برانگیز والدگری، آموزش تمرین پذیرش و اجتناب، تمرین پذیرش هیجانات دشوار به جای اجتناب یا سرکوب.
هفتم	مرور الگوهای اجتناب مزمن، آموزش مواجهه تدریجی با افکار، احساسات یا موقعیت های اجتنابی، طراحی برنامه شخصی مواجهه، تمرین زمان بندی نگرانی و مدیریت هیجانی والدگری.
هشتم	مرور کلی مداخلات، تهیه نقشه شناختی فردی، آموزش راهبردهای پیشگیری از عود، برنامه ریزی برای پیگیری و تمرین های آتی، دریافت بازخورد اعضا، اجرای پس آزمون و خاتمه جلسات.

نتایج

درصد) دانشگاهی و ۷ نفر فاقد تحصیلات دانشگاهی (۴۳ درصد) بودند. در گروه کنترل نیز ۶ نفر (۴۰ درصد) تحصیلات دانشگاهی و ۹ نفر (۶۰ درصد) فاقد تحصیلات دانشگاهی بودند.

میانگین سن گزارش شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه ها؛ برای گروه مداخله $34/4 \pm 5/84$ و در گروه گواه $34/9 \pm 5/04$ گزارش شد. حداقل سن شرکت کنندگان در این پژوهش ۲۹ و حداکثر سن ۴۵ گزارش شد. برای تحصیلات افراد گروه آزمایش ۸ نفر (۵۷

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در بین دو گروه و در سه زمان قبل و بعد از مداخله و پیگیری

گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۴۴	۴/۸۸	۶۵/۳	۴/۵۶	۶۵/۹	۴/۹۱
	مهارت های تنظیم هیجان خودکنترلی					
	۴	۴/۷۹	۴۰/۵	۴/۱۴	۴۱/۳	۴/۸۹

۴/۴۵	۶۰/۴	۴/۶۲	۶۰/۸	۲/۴۳	۱/۱	رفتارهای پرخاشگرانه
۶/۱۱	۴۶/۳	۶/۷۱	۴۶/۸	۶/۵۶	۵۶	مهارت های تنظیم هیجان
۶/۶۱	۶۰/۴	۶/۸۸	۶۱/۳	۷/۹۶	۲/۲	خودکنترلی
۳/۱۸	۵۷/۵	۳/۳۹	۵۷/۳	۳/۰۱	۶۷	رفتارهای پرخاشگرانه
					۶/۶	
					۴۵	گواه
					۹/۹	
					۶۰	
					۶/۶	
					۵۷	

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود نمرات پس-آزمون و پیگیری گروه درمان شناختی رفتاری بر مهارت های تنظیم هیجان، خود کنترلی و رفتارهای پرخاشگرانه در مقایسه با پیش آزمون بهبود یافته است، اما روند میانگین نمرات گروه گواه تقریباً ثابت بوده است که این به نوعی نشان می دهد که درمان موثر است. البته برای سنجش معنادار بودن این تفاوت ها باید از آزمون های آماری مناسب استفاده شود. به همین منظور پس از بررسی مفروضه نرمال بودن، همگنی واریانس ها و همگنی ماتریس کوواریانس ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر آمیخته استفاده شد که نتایج آن در ادامه ارائه می شود. نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده ها و به عنوان یکی از پیش فرض های تحلیل اندازه گیری مکرر نشان داد که در سطح معناداری ($p > 0.05$) داده های جمع آوری شده، در همه متغیرهای گروه آزمایش و گواه نرمال است و پیش فرض طبیعی بودن یا همان پارامتریک بودن داده ها رعایت شده است. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس به عنوان یکی از پیش فرض های تحلیل واریانس آمیخته نشان داد نتایج به دست آمده برای متغیر مهارت های تنظیم

هیجان ($F=2/17$ و $P=0/131$)، خود کنترلی ($F=2/19$ و $P=0/102$) و رفتارهای پرخاشگرانه ($F=1/33$ و $P=0/201$) بود و چون مقدار P از $0/05$ بزرگ تر است از مفروضه همگنی واریانس ها تخطی صورت نگرفته است. همچنین پژوهش حاضر که به دنبال تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر مهارت های تنظیم هیجان، خود کنترلی و رفتارهای پرخاشگرانه در گروه نمونه است، برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس ها از آزمون کرویت مویلی استفاده شد و از آنجا که این مفروضه در مورد متغیر مهارت های تنظیم هیجان ($\chi^2=7/88$, $p=0/001$)، خود کنترلی ($\chi^2=10/5$, $p=0/001$) و رفتارهای پرخاشگرانه ($\chi^2=9/87$, $p=0/001$) برقرار نبود، به همین دلیل می توانیم از نتیجه آزمون های درون گروهی با تعدیل درجات آزادی و با استفاده از نتایج آزمون هوین فلت استفاده کنیم. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه-گیری مکرر 2×3 برای مقایسه دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای متغیرهای پژوهش ارائه گردید.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در گروه های مورد پژوهش

نام آزمون	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
کرویت فرض شده	۵۸۰۶۶/۰۳	۵	۱۱۶۱۳/۲	۶۱/۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲۰
متغیرهای پژوهش	۵۸۰۶۶/۰۳	۲/۳۶	۲۴۵۱۱/۵	۶۱/۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲۰
گرین هاوس - گیسر						

۰/۶۲۰	۰/۰۰۰	۶۱/۹	۲۲۳۰۵/۰۹	۲/۶۰	۵۸۰۶۶/۰۳	هوین - فلت
۰/۶۲۰	۰/۰۰۰	۶۱/۹	۵۸۰۶۶/۰۳	۱	۵۸۰۶۶/۰۳	باند بالا

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ۲×۳ به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های تنظیم هیجان، خودکنترلی و رفتارهای پرخاشگرانه در گروه نمونه

نام آزمون	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مهارت‌های تنظیم هیجان	۴۵/۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱	۱
اثر اصلی سه مرحله اجرا	۶۰/۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹۶	۱
خودکنترلی	۵۹/۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱۳	۱
اثر اصلی سه مرحله اجرا	۲۸/۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹	۱
رفتارهای پرخاشگرانه	۳۳/۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳۹	۱
اثر اصلی سه مرحله اجرا				

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی و اصلی در سه مرحله معنادار است ($p < ۰/۰۵$). به عبارتی بین نمرات مهارت‌های تنظیم هیجان، خودکنترلی و رفتارهای پرخاشگرانه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه متغیرهای در سه مرحله

متغیر	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین	معناداری
مهارت‌های تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	پیگیری	۹/۷۴*	۰/۰۰۴
خودکنترلی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۵۶*	۰/۰۰۱
رفتارهای پرخاشگرانه	پیش‌آزمون	پیگیری	۷/۶۹*	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۵۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	پس‌آزمون	۲/۳۶	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات مهارت‌های تنظیم هیجان، خودکنترلی و رفتارهای پرخاشگرانه از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری بهبود یافته است که این نشان‌دهنده تاثیر درمان

شناختی رفتاری بر این چهار متغیر در گروه نمونه است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی بررسی نقش درمان شناختی رفتاری CBT در بهبود مهارت های تنظیم هیجان در والدین دارای خشونت و تاثیر بر خود کنترلی و کاهش رفتار پرخاشگرانه در کودکان انجام شد. نتیجه حاصل نشان داد که موثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون کلون و همکاران (۱)، دهوری و همکاران (۲)، کوئی و همکاران (۳)، کینگ و همکاران (۴)، شورر و همکاران (۵)، ژانگ و وانگ (۶)، ژائو و همکاران (۷)، کوهفلد و همکاران (۸)، وانگ و همکاران (۹)، لی و همکاران (۱۰)، رودریگز-روئیز و همکاران (۱۱)، جیائو و کوئی (۱۲)، خیاطان و همکاران (۱۳)، یوسف و همکاران (۱۴)، سوزا و همکاران (۱۵)، کاکس و همکاران (۱۶)، حکمت و همکاران (۱۷)، گرتز و رومر (۲۰)، بشارت و همکاران (۲۱)، منصوری و همکاران (۲۴) و سلیمی و همکاران (۲۶) همسو است.

از دیدگاه تنظیم هیجان، والدین خشونت گر اغلب در مؤلفه های آگاهی هیجانی، پذیرش هیجان و کنترل تکانه دچار نقص هستند؛ مؤلفه هایی که در الگوی چندبعدی دشواری در تنظیم هیجان تبیین شده اند (۲۰). پژوهش ها نشان داده اند که دشواری در تنظیم هیجان با خشم و تکانشگری رابطه مستقیم دارد (۲۱). درمان شناختی رفتاری از طریق تکنیک هایی مانند پایش خود، آموزش توقف فکر، تن آرامی و بازسازی شناختی، چرخه «محرک - تفسیر - هیجان - رفتار» را قطع می کند و به والد می آموزد پیش از اقدام رفتاری، مکث شناختی ایجاد کند (۱۵). این مکث شناختی، فاصله ای میان هیجان و عمل ایجاد می کند که امکان انتخاب پاسخ سازگارانه را فراهم می سازد.

همچنین، مرورهای نظام مند در حوزه مداخلات مربوط به رفتارهای خشونت آمیز نشان داده اند که رویکردهای مبتنی بر CBT در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و مدیریت خشم اثربخش اند (۱۵). این اثربخشی ناشی از تمرکز همزمان بر اصلاح باورهای هسته ای، آموزش مهارت های مقابله ای و تقویت خودنظارتی است. در والدین دارای خشونت، باورهای هسته ای مانند «کودک باید همیشه اطاعت کند» یا «اشتباه کودک نشانه ضعف والد است» منبع اصلی خشم اند؛ تغییر این باورها مستقیماً از شدت واکنش های هیجانی منفی می کاهد. افزون بر این، آموزش انعطاف پذیری روان شناختی که در مداخلات شناختی رفتاری جدید مورد توجه قرار گرفته، سبب می شود والد هیجان منفی را به عنوان تجربه ای گذرا بپذیرد نه تهدیدی برای اقتدار خود (۲۶). بنابراین، از طریق اصلاح شناخت ها، تقویت مهارت های مقابله ای و افزایش خودآگاهی هیجانی، CBT بستر کاهش واکنش های هیجانی منفی را فراهم می کند.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود مهارت های تنظیم هیجان والدین می توان گفت که تنظیم هیجان شامل فرایندهایی است که فرد از طریق آن ها هیجان خود را شناسایی، ارزیابی و تعدیل می کند (۶). والدین خشونت گر اغلب در تمایزگذاری هیجان ها و بیان سازگارانه آن ها دچار مشکل اند. پژوهش های مرتبط با آلکسی تایمیا نشان می دهد ناتوانی در شناسایی و توصیف هیجان ها با تعاملات هیجانی ناکارآمد همراه است (۱۸، ۱۹). درمان شناختی رفتاری با آموزش واژگان هیجانی، ثبت افکار و احساسات، و تمرین بازسازی شناختی، سطح تمایزگذاری هیجانی را افزایش می دهد و از این طریق یکی از پایه های تنظیم هیجان را تقویت می کند.

گرتز و همکاران (۲۰) تنظیم هیجان را سازه ای چندبعدی شامل پذیرش هیجان، دسترسی به راهبردهای تنظیمی و کنترل تکانه می دانند. CBT دقیقاً این ابعاد را

هدف قرار می‌دهد: نخست، از طریق آموزش پذیرش هیجان و کاهش اجتناب تجربی؛ دوم، با ارائه راهبردهای جایگزین مانند حل مسئله و گفت‌وگوی درونی سازنده؛ و سوم، با تقویت کنترل تکانه از طریق تمرین‌های رفتاری. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که آموزش گروهی شناختی رفتاری می‌تواند تنظیم هیجان و خودکنترلی را به طور معناداری بهبود بخشد (۲۴). از سوی دیگر، در والدینی که تحت فشارهای مزمن قرار دارند، استرس ادراک شده نقش میانجی در تضعیف تنظیم هیجان ایفا می‌کند. لی و همکاران (۱۰) نشان دادند خودکنترلی والدین از طریق کاهش استرس ادراک شده و افزایش والدگری ذهن آگاهانه، به سازگاری بهتر نوجوانان منجر می‌شود. CBT با کاهش نشخوار فکری و بازسازی ارزیابی‌های تهدیدآمیز، سطح استرس ادراک شده را پایین می‌آورد و زمینه را برای تنظیم هیجان کارآمد فراهم می‌کند. همچنین، شواهد حاکی از آن است که مداخلات شناختی رفتاری در والدین کودکان با نیازهای ویژه موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربی شده است (۲۶). این تغییرات نشان‌دهنده ارتقای ظرفیت تنظیم هیجان در بافت والدگری است.

بنابراین، درمان شناختی رفتاری از طریق افزایش آگاهی هیجانی، اصلاح ارزیابی‌های شناختی، آموزش راهبردهای مقابله‌ای و کاهش استرس ادراک شده، سازوکارهای تنظیم هیجان والدین را بازسازی می‌کند و آنان را از واکنش محوری به پاسخ‌محوری سوق می‌دهد.

در تبیین تأثیر بهبود هیجانی والدین بر ارتقای خودکنترلی کودکان می‌توان گفت که بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی، کودکان رفتارها و شیوه‌های تنظیم هیجان را از طریق مشاهده والدین می‌آموزند (۸). هنگامی که والدین در مواجهه با تعارض‌ها از راهبردهای تنظیمی سازگارانه استفاده می‌کنند، کودک نیز الگوی رفتاری سالمی دریافت می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت

رابطه والد-کودک پیش‌بینی‌کننده مستقیم خودکنترلی در نوجوانان است (۹، ۱۱). در مقابل، تعارض مزمن و هیجان‌های منفی حل‌نشده، رشد کارکردهای اجرایی کودک را مختل می‌کند. لی و همکاران (۱۰) نشان دادند خودکنترلی والدین به صورت زنجیره‌ای از طریق کاهش استرس و ارتقای خودکنترلی نوجوانان به سازگاری روان‌شناختی بهتر می‌انجامد. این یافته بیانگر سازوکاری بین‌نسلی است: والد تنظیم‌شده، محیطی پیش‌بینی‌پذیر و امن فراهم می‌کند؛ چنین محیطی بستر رشد قشر پیش‌پیشانی و کارکردهای مهارتی کودک را تقویت می‌کند. در خانواده‌های خشونت‌گر، برانگیختگی مزمن و ترس، سیستم عصبی کودک را در حالت آماده‌باش نگه می‌دارد و منابع شناختی لازم برای خودکنترلی را تحلیل می‌برد (۳).

همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رابطه مثبت والد-کودک با افزایش عزت‌نفس و خودکنترلی مرتبط است (۹). وقتی والد به جای پرخاشگری از گفت‌وگوی سازنده استفاده می‌کند، کودک تجربه «تنظیم مشترک» را می‌آموزد؛ به این معنا که ابتدا از حمایت بیرونی برای آرام‌سازی بهره می‌گیرد و به تدریج این فرایند را درونی می‌کند. چنین درونی‌سازی‌ای اساس شکل‌گیری خودکنترلی پایدار است. بنابراین، ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان والدین از طریق CBT، با ایجاد الگوی رفتاری سالم، کاهش تعارض و افزایش امنیت عاطفی، به طور غیرمستقیم خودکنترلی کودکان را تقویت می‌کند.

در تبیین نقش درمان شناختی رفتاری در کاهش رفتار پرخاشگرانه کودکان نیز می‌توان گفت که پرخاشگری کودک در بسیاری موارد بازتاب الگوهای تعاملی خانواده است (۱، ۲). زمانی که خشونت به‌عنوان راهبرد حل تعارض در خانه تثبیت شود، کودک آن را در روابط همسالان بازتولید می‌کند (۱۱). همچنین، نگرانی از طرد و تجربه غفلت می‌تواند میانجی رابطه تجارب منفی کودکی و

پرخاشگری باشد (۲۵). بنابراین، مداخله در سطح والدین می‌تواند این چرخه را مختل کند. درمان شناختی رفتاری با کاهش رفتارهای خشنونت‌آمیز والدین و آموزش مهارت‌های ارتباطی، الگوی حل مسئله غیرخشنونت‌آمیز را جایگزین می‌کند (۱۵). هنگامی که کودک مشاهده می‌کند تعارض‌ها از طریق گفت‌وگو و تنظیم هیجان حل می‌شوند، احتمال یادگیری پاسخ‌های پرخاشگرانه کاهش می‌یابد (۸). افزون بر این، کاهش استرس خانوادگی موجب بهبود تمرکز تحصیلی و روابط اجتماعی کودک می‌شود که خود از عوامل محافظت‌کننده در برابر پرخاشگری‌اند (۱۲).

شواهد حاصل از مداخلات مبتنی بر CBT در حوزه آسیب‌های ناشی از بدرفتاری نشان می‌دهد که این رویکرد می‌تواند پیامدهای هیجانی و رفتاری کودکان را بهبود بخشد (۱۶). هرچند تمرکز مستقیم این مداخلات بر کودک است، اما سازوکار مشترک آن‌ها—یعنی اصلاح شناخت‌ها و آموزش تنظیم هیجان نشان می‌دهد وقتی همین اصول در والدین اجرا شود، اثرات ثانویه مثبتی بر کودک خواهد داشت. به بیان دیگر، کاهش خشنونت والدین از طریق بازسازی شناختی و تقویت خودکنترلی آنان، زمینه خاموشی تدریجی رفتار پرخاشگرانه کودک را فراهم می‌کند.

در نهایت، وقتی والدین بیاموزند میان هیجان و رفتار فاصله بیندازند، کودک نیز همین مهارت را الگوبرداری می‌کند. این انتقال مهارت، همراه با کاهش تعارض و افزایش حمایت عاطفی، سبب می‌شود پرخاشگری کودک نه تنها در خانه بلکه در محیط مدرسه نیز کاهش یابد. بنابراین، CBT با مداخله در ریشه‌های شناختی و هیجانی خشنونت والدین، از طریق سازوکارهای الگوسازی، کاهش

استرس، بهبود رابطه والد-کودک و تقویت خودکنترلی، به کاهش رفتار پرخاشگرانه کودکان منجر می‌شود.

نتیجه‌گیری می‌شود که درمان شناختی رفتاری با اصلاح تحریف‌های شناختی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، ظرفیت تنظیم هیجان آنان را ارتقا می‌دهد. این تغییرات از طریق الگوسازی رفتاری، کاهش استرس خانوادگی و بهبود کیفیت رابطه والد-کودک، خودکنترلی کودکان را تقویت می‌کند. در نهایت، با قطع چرخه بین‌نسلی خشنونت، رفتارهای پرخاشگرانه کودکان کاهش یافته و بستر رشد سالم‌تری در خانواده فراهم می‌شود.

ازجمله این محدودیت‌ها، محدود بودن نمونه به جامعه گروه نمونه شهر تهران است که این امر امکان تعمیم‌یافته‌ها به سایر جوامع و گروه‌های سنی را کاهش می‌دهد؛ لذا، انجام مطالعات بیشتر جهت شناسایی عوامل بهینه و مؤثر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، حجم نمونه کم و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی، بر روی والدین و کودکان سایر شهرها نیز انجام شود.

تشکر و قدردانی

نویسنده از تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض

منافع بوده است.

References

1. Klun M, Bučar Ručman A, Frangež D. Violence against parents by adult children: A systematic literature review of empirical studies. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2025 Jul;26(3):451-67.
2. Dahouri A, Mirghafourvand M, Zahedi H, Maghalian M, Hosseinzadeh M. Prevalence of child to parent violence and its determinants: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2025 Apr 16;25(1):1426.
3. Cui C, Liu L, Guo Z, Song J, Zheng Y, Zhang Z, Han N, Qi Y, Chen Y, Wang C, Sheng C. Childhood exposure to multiple types of violence and adult cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2025 May 20:zwaf292.
4. King G, Pozniak K, Teplicky R, Earl S. The experiences of parents of children with disabilities receiving healthcare services: Negative emotions and associated situations. *Research in Developmental Disabilities*. 2025 Jan 1;156:104896.
5. Shorer M, Ben-Ami N, Ezra S, Nahari A, Cohen S. Can we guide parents to be playful? The effect of stimulated parental playfulness on children's emotional expression. *Early Child Development and Care*. 2025 Feb 17;195(3):147-62.
6. Zhang P, Wang X. The impact of parental phubbing on social withdrawal in preschool children: the serial mediating roles of parent-child conflict and negative emotions. *BMC psychology*. 2025 Jan 14;13(1):36.
7. Zhao L, Yan W, Harris PL, Lee K. Telling young children an adult's emotional reactions to their future honest or dishonest behavior causes them to cheat less. *Developmental Psychology*. 2025 Mar 3.
8. Kuhfeld M, Soland J, Lewis K. Investigating differences in how parents and teachers rate students' self-control. *Psychological Assessment*. 2023 Jan;35(1):23.
9. Wang A, Guo S, Chen Z, Liu Y. The chain mediating effect of self-respect and self-control on the relationship between parent-child relationship and mobile phone dependence among middle school students. *Scientific Reports*. 2024 Dec 4;14(1):30224.
10. Li JB, Zhang R, Dou K, Cheung RY, Ho HC, Chung KK. Parental self-control facilitates adolescent psychological adjustment sequentially through parents' perceived stress/mindful parenting and adolescent self-control. *Journal of Family Psychology*. 2024 Feb;38(1):59.
11. Rodríguez-Ruiz J, Zych I, Ribeaud D, Steinhoff A, Eisner M, Quednow BB, Shanahan L. The influence of different dimensions of the parent-child relationship in childhood as longitudinal predictors of substance use in late adolescence. The mediating role of self-control. *International journal of mental health and addiction*. 2024 Oct;22(5):3073-90.
12. Jiao C, Cui M. Indulgent parenting, self-control, self-efficacy, and adolescents' fear of missing out. *Current Psychology*. 2024 Jan;43(3):2186-95.
13. Khayatan F, Golparvar M. Comparing effectiveness of emotional schema therapy, forgiveness-based compassion therapy and cognitive-behavioral therapy on affective capital in women of victim of domestic violence. *The Journal of Tolooebehdasht*. 2025 Mar 16.
14. Yosep I, Hikmat R, Suryani S, Widiarti E, Sriati A, Sutini T, Rafiyah I. Nursing strategies for implementing psychosocial interventions to address violence behavior in schizophrenia: a scoping review. *BMC nursing*. 2025 May 8;24(1):503.
15. Sousa M, Pinto e Silva T, Almeida TC, Santirso FA, Caridade S, Cunha OS. The Effectiveness of Intervention with Intimate Partner Violence Perpetrators: An Umbrella Review. *Journal of Family Violence*. 2026 May 18:1-5.
16. Cox S, Parkinson S, Herbert J, Tucker E, Octoman O, Bromfield L. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and young people who have experienced forms of child maltreatment other than child sexual abuse: A review of the evidence. *Children and Youth Services Review*. 2025 Mar 1;170:108159.
17. Hikmat R, Yosep I, Aisyah PS, Utomo SF. Forgiveness therapy to reduce violent behavior in individuals with schizophrenia: a case study. *OBM Neurobiology*. 2025 Mar;9(1):1-0.
18. Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2021.
19. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cogn Ther Res*. 2012;36(5):427-40. doi:10.1007/s10608-012-9476-1.
20. Afrooz G, Hashemian K, Bagheri M. Comparison of the effectiveness of short-term psychodynamic interpersonal psychotherapy and emotion-focused couple therapy in couples with poverty in emotional interactions (alexithymia). *Royesh-e Ravanshenasi*. 2023;12(4):1-14.

21. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004;26:41–54.
22. Besharat MA, Dehghani S, Masoudi M, Pourkhaghan F, Motahari S. Predicting obsessive-compulsive disorder symptoms based on difficulty in emotion regulation, impulsivity, and anger. *Journal of Applied Psychological Research*. 2015;5(4):29-49.
23. Cherchipour Mamaghani E, Jafari F, Zabihi R. Predicting health anxiety in nurses based on attachment styles, distress tolerance, and difficulties in emotion regulation. *Royesh-e Ravanshenasi*. 2023;12(10):139-148.
24. Tangney JP. How does guilt differ from shame? In: Tangney JP, Dearing RL, editors. *Shame and guilt*. New York: Guilford Press; 2004. p. 61-82.
25. Mansouri S, Fazeli A, Pahlavan M. The effectiveness of group cognitive-behavioral training on emotion regulation, self-control, and internet gaming addiction in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Rooyesh*. 2026;15(3):123-132.
26. Bishiveh S, Akbari B. The mediating role of rejection concern in the relationship between childhood neglect experience and aggressive behavior in adolescents. *Royesh-e Ravanshenasi*. 2024;13(7):161-170.
27. Salimi S, Mohammadamini S, Mikaeili N, Zarei H. The effectiveness of group cognitive behavioral therapy on psychological flexibility and experiential avoidance in parents of children with autism spectrum disorder. *Royesh-e Ravanshenasi*. 2026;15(3):83-92.

Original Article

The effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) on emotion regulation and self-control in parents with aggressive children

Received: 07/02/2026 - Accepted: 20/05/2026

Zhila Ghelich Khani Cherury^{1*}
Sara Najafiyani²

1 Department of Psychology, Ga.C., Islamic Azad University, Garmsar, Iran. (Corresponding Author)

2 Department of Psychology, Faculty of Humanities, Eyvanekey University, Eyvanekey, Iran.

Email:
Zhilaghelichkhani1346@gmail.com

Abstract

Introduction: The present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) on emotion regulation and self-control in parents of aggressive children.

Methods: The research method was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test-follow-up design with a control group. The statistical population consisted of aggressive mothers and their children who had referred to counseling centers in Tehran in 1405. Using non-random sampling available and based on power analysis, 30 people were selected and randomly assigned to two experimental groups (15 people) and control groups (15 people). The research tools included emotion regulation skills (Gratz and Roemer), self-control (Tanji et al.), and aggression (Novaco). The experimental group underwent 8 90-minute sessions of cognitive behavioral group therapy (based on the Leahy et al. protocol), while the control group did not receive any intervention. Data were collected in three stages: pre-test, post-test, and follow-up (three months) and analyzed using the mixed repeated measures analysis of variance method in SPSS-26 software.

Results: The results showed that cognitive behavioral therapy significantly increased emotion regulation and self-control skills in the experimental group compared to the control group ($P < 0.001$). The effect size (eta square = 0.62) indicated a high impact of this intervention, and the results remained stable at the three-month follow-up stage.

Conclusion: Cognitive behavioral therapy plays an effective role in improving self-control mechanisms and reducing aggression in children by modifying mothers' cognitive patterns and improving emotion regulation skills. This approach can be used as an efficient educational-therapeutic intervention in counseling centers to break the cycle of intergenerational violence.

Keywords: Aggression, Emotion Regulation, Self-Control, Cognitive Behavioral Therapy (CBT).