

رفتاردرمانی شناختی خشم

زهرا آذریان / دکتر سید احمد احمدی / دکتر مریم السادات فاتحی زاده^۲

چکیده

این مقاله به توصیف پدیده "خشم" می پردازد و همچنین به توضیح دیدگاه برخی نظریه های رواندرمانی در مورد خشم می پردازد. در ادامه رویکرد درمانی نواکو و مراحل درمان آن مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. واژه های کلیدی: خشم، پرخاشگری، رفتاردرمانی شناختی

Abstract

This Study Describes The Phenomen Of The Anger And The Variety Of Theories In Which Adress The Phenomen. And The amount The Novaco Approach Has Been Addressed It Has Found Out This Approach Has Been To Deal With The Anger.

Key word: Anger, Aggression, Behavioral –Cognitive Therapy.

پرسشها

- خشم در دیدگاه های دیگر چگونه است؟
- مراحل درمان خشم چگونه است؟
- رفتاردرمانی خشم چه ویژگی هایی دارد؟

دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان

دانشیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

مقدمه

خشم^۱ یکی از هیجانهای پیچیده انسان است. خشم واکنشی متداول نسبت به بد رفتاری و ناکامی است. همه ما در طول زندگی با موقعیتهای خشم برانگیز روبرو شده ایم. اشکال خشم این است که اگرچه بخشی از زندگی است ولی ما را از رسیدن به اهداف خود باز می دارد و علت این که افراد در مورد خشم دچار تعارض و تضاد هستند همین نکته است. از یک طرف خشم پاسخ طبیعی انسان است و از طرف دیگر می تواند روابط بین فردی را مختل کند و ما را از رسیدن به اهداف خود بازدارد.

ارائه تعریفی از خشم بسیار دشوار است، زیرا افراد از نظر زمان و علت خشم و نحوه واکنش به آن کاملاً متفاوت هستند. هیجانهایی که غالباً با خشم همراه هستند عبارتند از: عصبانیت، خشونت، خصومت، کینه توزی، غضب، تنفر، تحریک، حسادت، رنجش، غضب، تحقیر و ناراحتی (محمد خانی، ۱۳۸۴).

به هر حال تعاریف متفاوتی از خشم ارائه شده است که به برخی از آنها اشاره می کنیم. بر طبق نظریه ارتباط ذهنی خشم مانند همه احساسات یک گونه از ارتباط ذهنی چند بعدی است و ممکن است به عنوان یک سندرم عملکرد برپایه عکس العملهایی در دامنه های مختلف عملی به حساب می آید. نظریه ارتباط فکری چند بعدی ۴ ترکیب و جزء را برای نحوه عکس العملهای سیستم خشم ضروری می داند. اجزاء تجربی، فیزیکی، شناختی و رفتاری. ۳ جزء اول از خشم با تعمق زیاد دیفنباخر^۲ توضیح داده شده است (۱۹۹۹). به طور خلاصه آنها توضیح دادند که عکس العمل خشم در قسمت شناختی شامل ارزش گذاری، ارزش گذاری مجدد، گفتگوی شخصی، تخیل و شبیه سازی و حافظه می گردد. آنها جزء تجربی را به عنوان وجه تجربی احساس توصیف نمودند و این نشانه برای توصیف این تجربیات کنار رفت. نهایتاً جزء فیزیکی شامل میزان ضربان قلب، فشارخون و سایر نشانه های تحریکی می باشد (صادقی، ۱۳۸۰). و همچنین جزء رفتارهای عصبی به عنوان رفتاری که یک پاسخ به حالت تحریک عصبی است می باشد. به علاوه به نظر می

^۱ Anger^۲ Deffenbacher

رسد که خشم برضد هر شخص است بنابراین هدف تلویحی بیشتر پاسخهای رفتاری خشم آلودگی احساسی را موجب می شوند و یا ریشه تحریکات خشم را عوض می کنند (دیفنباخر، ۱۹۹۹).
 ثالثاً به نظر می رسد پاسخهای عصبی با طبیعت ارتباط دارد، در آن نوع پاسخ عصبی یک دامنه به طور خودکار با بقیه پاسخها در دامنه های دیگر مرتبط شده و این توصیف مسایل زیست شناسی و تجربی است (برکویتز^۱، ۱۹۹۴). خشم ممکن است به مضرات اجتماعی و جسمی زیادی منجر شود. مضرات جسمی خشم شامل استرس روانشناختی، پرتنش و ناراحتی های بدنی همراه با خشم است.

مضرات اجتماعی خشم شامل:

احساس درماندگی، تنهایی و انزوا است (محمدخانی، ۱۳۸۴). از دیگر مضرات خشم که در اینجا بدان اشاره نشده است بروز خشم به صورت پرخاشگری^۲ است.
 پرخاشگری: به رفتاری اطلاق می شود که هدف آن صدمه رساندن به فرد دیگر یا نابود کردن دارایی افراد باشد، واژه اصلی در این تعریف هدف است، اگر رفتاری به صورت اتفاقی باشد پرخاشگری محسوب نمی شود (اتکینسون^۳ و هیلگارد^۴، ۱۹۹۴، به نقل از براهنی و همکاران، ۱۳۷۷).
 اتوکلاين برگ مفهوم پرخاشگری را گسترده تر در نظر می گیرد و معتقد است که جنبه های مثبت یا منفی پرخاشجویی را دربردارد: اگر پرخاشجویی را به جای پرخاشگری به کار ببریم به معنی محدود "دشمنی" را نیز شامل می شود. مفهوم دشمنی تا حدی شامل ارزشهای منفی است. درحالی که پرخاشگری به معنی، "مخالف بودن" دارای ارزش ارتباطی است و در بعضی شرایط مثبت و سازنده است. پرخاشگری از عوامل انفعالی وجود انسان و در انسان نهفته است و هنگام ظهور در پرده ای از پوششهای دفاعی پیچیده شده است و به صورت بخشی از نیروهای آماده برای عمل و فعالیت بروز می کند (خدیوی زند، ۱۳۷۴).

هدف ما در این مقاله بررسی راه کارهای درمان پرخاشگری است.

¹ Berkowitz

² Aggression

³ Atkinson

⁴ Hilgard

دیدگاه‌های مختلف درباره پرخاشگری

دیدگاه روان تحلیلیگری

فروید در نخستین کار خود پرخاشگری را در زمینه آزارگری مورد بررسی قرارداد و با تعیین آزارگری به منزله مؤلفه پرخاشگری غریزه جنسی، تصریح کرد که برانگیختگی های خشونت آمیز از منابعی مستقل از جنسیت بر نمی خیزد، بلکه در یک مرحله ابتدایی با آن درآمیخته اند و بدین ترتیب فروید وجود یک غریزه مستقل را در کنار غرایز "صیانت ذات و جنسی" نپذیرفت (فروید، ۱۹۰۵، ۱۹۰۹ به نقل از دادستان، ۱۳۷۶).

اما فروید تدریجاً با توجه به دریافت جامع تری از جایگاه غریزه ها در ساختار روانی، به بازنگری تضاد موجود بین غرایز صیانت ذات و جنسی پرداخت و نظریه دوگانه جدیدی را در خصوص غریزه های نخستین ارائه و در کتاب "فراسوی اصل لذت" با طرح غریزه مرگ در برابر غریزه زندگی، پرخاشگری را به منزله نمود و نشانه ای از غریزه مرگ تلقی کرد. (فروید ۱۹۳۰، به نقل از دادستان، ۱۳۷۶).

کلاین با وسعت بخشیدن به نظریه دوگانگی غرایز مرگ و زندگی، تعارض مبنایی این دو غریزه را اساس نظریه تحول نخستین قرار داده است و اگرچه در نظام تحلیلی خویش، پرخاشگری را نیروی کاملاً ویرانگر می داند، اما درعین حال آنرا واجد بیشترین ارزش در رشد به شماره آورده و به نقش تشبیه‌ای پرخاشگرانه در والاگرایی اشاره می کند (کلاین ۱۹۸۸، ۱۹۸۶ به نقل از دادستان، ۱۳۷۶).

آنا فروید که به توصیف منظومه ای از مکانیزم های دفاعی در مراحل رشد بهنجار پرداخته، فرایندهای دفاعی مرتبط با پرخاشگری، مانند همانندسازی با پرخاشگر، بازگشت پرخاشگری علیه خود و پرخاشگری براساس دیگر دوستی را متمایز کرده و با ظرافت تحلیلی در خور توجه، رابطه پرخاشگری و فرامن را تعیین نموده است، او همچنین آثار متفاوت پرخاشگری را چه از لحاظ خطری که برای سازش یافتگی اجتماعی به همراه دارد و چه از حیث نقش سودمندی که رشد بهنجار ایفا می کند مشخص نموده است. (آنا فروید، ۱۹۸۰ - ۱۹۸۵ به نقل از دادستان، ۱۳۷۶).

به طور کلی، فروید در مورد پرخاشگری دو دید متفاوت ارائه داده است. باور اولیه وی این بود که پرخاشگری زمانی به پدید می آید که در برابر انگیزه های نهاد سدی ایجاد شود و ناکامی دست دهد، بعدها وی در عقیده خود تجدید نظر کرد و پرخاشگری را چون انرژی جنسی و سائقه های جنسی، یکی از دو گزینه ذاتی دانست. به رغم آن که این نظریه فروید درباره پرخاشگری به طرق مختلف در حال تغییر است، هنوز بسیاری از روان تحلیلگران، پرخاشگری گزینه ذاتی می دانند (کسلر، ۱۹۶۶ به نقل از نلسون وایزرانیل ترجمه منشی طوسی، ۱۳۷۶).

دیدگاه یادگیری اجتماعی

در این دیدگاه منابع برانگیزاننده پرخاشگری کمتر مورد توجه قرار گرفته است و به احتمال وقوع یا عدم وقوع تقویت در محیط و تأثیر آن بر پاسخ پرخاشگری توجه گردیده است. بندورا نماینده این موضع گیری بر این واقعیت تأکید می کند بیشتر رفتارهای کودک از خلال تقلید کم و بیش مستقیم الگوی والدینی با همسالان شکل می گیرد. والترز و بندورا^۱ (۱۹۶۳) در انتقاد از نظریه ناکامی - پرخاشگری، اظهار می دارند، اگرچه ناکامی به منزله منع تقویت مثبت، با افزایش انگیزشی که در تشدید موقعیت یک پاسخ منعکس می شود، مرتبط است، اما اهمیت پاسخ ناکامی بر آموزش اجتماعی اولیه آزمودنی ناکام شده، یعنی شیوه های تقویت و الگوبرداری از پیش تجربه شده مبتنی است. (صادقی، ۱۳۸۰).

به طور خلاصه از دیدگاه یادگیری اجتماعی پرخاشگری یا عدم پرخاشگری یک فرد در موقعیت خاص به عنوان بیشمار مانند تجربه های گذشته، تقویت کننده های کنونی تسهیل کننده پرخاشگری و متغیرهایی که افکار و ادراکهای فرد را شکل می دهند وابسته است. پرخاشگری از طریق مشاهده یا تقلید آموخته می شود هرچه بیشتر تقویت شود احتمال وقوع آن بیشتر می شود. فردی که به علت عدم دستیابی به هدف ناکام مانده است، یا به خاطر حوادث تنش زا دچار ناراحتی شده است. برانگیختگی هیجانی نامطلوبی را تجربه می کند، پاسخی که این برانگیختگی هیجانی برمی انگیزه به پاسخهای آموخته شده برای کنار آمدن با موقعیتهای تنش زا وابسته است. فرد ناکام شده از دیگران یاری بطلبد یا پناه بردن به الکل یا داروهای مخدر خود را تخریب کند.

^۱ Bandura

طبق این نظریه، ناکامی به ویژه کسانی را به پرخاشگری بر می انگیزد که یادگرفته اند در برابر موقعیتهای ناکام کننده رفتار و بازخوردهای پرخاشگرانه نشان دهند. (صادقی، ۱۳۸۰).

نظریه جامعه شناسی

در حالی که دیدگاه روانشناسی به شخص، خانواده و گروه کوچک به عنوان واحد تجزیه و تحلیل می پردازد، دیدگاه اجتماعی به ساختهای اجتماعی یا گروه های اجتماعی می پردازد. بنابراین توصیف پرخاشگری در انسان از یافتن فاکتورهای درون شخصی به جامعه و سیستم اجتماعی تغییر می کند، در این زمینه نه تنها دیدگاه متفاوتی وجود دارد بلکه پدیده ها، بسیار متفاوت دیده می شود، بنابراین موضوع توصیف یک چیز به راه های گوناگون نیست بلکه تفاوت دیدگاهها در مشاهده متفاوت پدیده هاست. پرخاشگری در جامعه عمدتاً مربوط به اشخاص فقیر، تحصیل نکرده و طبقه پایین می باشد. خشونت فردی و جمعی عمدتاً مربوط به طبقات پایین جامعه می باشد (نواکو^۱، ۱۹۸۶). از دیدگاه اجتماعی مشکلات مربوط به پرخاشگری در اثر ساخت اجتماعی نه آسیب شناسی روانی است. تعدادی از دیدگاه های اجتماعی در مورد انحراف و جرم از جمله نظریه نابسامانی اجتماعی و نظریه تعارض پرخاشگری را محصول نظم اجتماعی می داند، نظریه ساختار اجتماعی معتقد است که محدودیت هایی که برای طبقه پایین اجتماع در جامعه به وجود می آید باعث افزایش پرخاشگری می شود.

رویکرد عقلانی - رفتاری - عاطفی

الیس در دهه ۱۹۵۰ درمان عقلانی را بنیاد نهاد. از دیدگاه الیس منابع ایجادکننده پرخاشگری در افراد به شرح زیر است:

- ۱- فرد بر اثر یک منبع درونی و یا بیرونی دچار ناکامی شده است، در این صورت پرخاشگری فرد می تواند متوجه خودش یا افراد دیگر و یا دنیا باشد.

^۱ Novaco

- ۲- پرخاشگری زمانی ایجاد می شود که فرد احساس می کند دیگران قصد تجاوز و پایمال کردن حقوقش را دارند و یا به نحوی حریمش را پایمال می کنند (صادقی، ۱۳۸۰).
- ۳- فرد احساس می کند که دیگران با عمل، حرف، رفتار، اشاره و... عزت نفسش را تهدید می کنند یعنی فرد احساس می کند که عزت نفسش زیر سؤال می رود و آسیب می بیند.
- دیدگاه عقلانی - رفتاری - عاطفی در درمان خشم شامل عناصر زیر است. (الیس، ۱۹۹۸).

 - ۱- بررسی زیربنای خشم و عصبانیت.
 - ۲- تمایز افکار منطقی و غیرمنطقی و احساس مناسب و نامناسب.
 - ۳- نقش افکار و باورها برنوع پاسخهای هیجانی و احساسات.
 - ۴- بررسی افکار غیرمنطقی زیربنای خشم.
 - ۵- پذیرش خود به عنوان تکنیک هیجانی مقابله با خشم.
 - ۶- جدل با افکار غیرمنطقی.
 - ۷- جایگزینی افکار منطقی و احساسات مناسب.
 - ۸- آموزش جرأت ورزی به عنوان تکنیک مقابله با خشم (صادقی، ۱۳۸۰).

رویکرد رفتاری شناختی

از جمله رویکردهای درمانی موفق در کنترل و کاهش رفتار پرخاشگری، رویکرد شناختی - رفتاری است. در این رویکرد اساسی کاهش پرخاشگری بر بازسازی شناختی و کنترل خشم استوار است، نواکو، (۱۹۹۸) به عنوان بنیانگذار کنترل خشم به شیوه شناختی - رفتاری برای کاهش رفتار پرخاشگری به نقل از بندورا (۱۹۸۳، ۱۹۷۳) می گوید: خشم موجب رفتار پرخاشگرانه می شود ولی نتیجه کامل و خود به خودی خشم نیست، چون پرخاشگری بوسیله مکانیسمهای بازداری کنترل می شود و در ایجاد آن فاکتورهای بیرونی و درونی مؤثرند. محدود کننده های بیرونی، انتظار تنبیه، همدلی یا توجه به نتایج، رفتار پرخاشگری را کنترل می کند و یا به وسیله برانگیختگی زیاد، احتمال پایین تنبیه، عوامل زیست شیمیایی و محرکهای بیرونی تحریک می شود. (نواکو، ۱۹۸۸) تحقیقات متعدد نیز تأثیر کنترل خشم به شیوه شناختی - رفتاری را برای کاهش پرخاشگری تأیید

کرده اند از جمله (مون وایسلر، ۱۹۸۶، دیفن باخر و هازالوس، ۱۹۸۶، ایس، ۱۹۸۷، استرمک، ۱۹۸۳)، (صادقی، ۱۳۸۰).

رویکرد درمانی نواکو

این روش درمانی برای درمان مشکلات خشم و پرخاشگری به کار می رود و عبارت است از نوعی مداخله رفتاری شناختی که از الگویی درمانی به نام "ایمن سازی در برابر استرس پیروی می کند. رویکرد ایمن سازی در برابر استرس" نوعی روش آموزش مهارت‌های کنارآمدن است که هدف آن، فراهم آوردن منابع شناختی و رفتاری برای مراجع است تا آنکه بتواند با موقعیتهای فشارآفرین مواجه شود و هم واکنشهای خود را در برابر استرس، تنظیم کند.

مشکلات مرتبط با خشم را به این دلیل می توان بر مبنای استرس تبیین کرد که خشم می تواند به وسیله مواجه با تقاضاهای محیطی که هم محدود و هم حادثند، و از لحاظ زمانی، هم دور و هم نزدیکند برانگیخته شود این امر از مفهومی از خشم گرفته می شود که آن را حالتی هیجانی تعریف می کند که مشخصه آن، برانگیختگی فیزیولوژیک و شناختی متعارض است. مواجه شدن با تقاضاهای محیطی که ممکن است دربردارنده میدانهای فیزیکی، اجتماعی یا بیولوژیک باشند، می تواند موجب برانگیختگی فیزیولوژیک شود و برساختارهای شناختی که ادراک و تعبیر و تفسیر فرد را از رویدادها مشخص می کند، اثرگذارند. دلیل دوم برای این که خشم را چهار چوب فشار در نظر بگیریم، آن است که خشم به عنوان یک مشکل عود کننده، پیامدهایی دارد که از آشفتگی هیجانی گذرا فراتر است. واکنشهای خشم آلود می توانند بخشی از یک شیوه آموخته شده برای کنار آمدن با تقاضاهای زندگی، همچون فشارهای کاری یا مشکلات خانوادگی باشند. خشم، رفتار پرخاشگرانه، اعمال زیانبار را فعال می کند، اما حتی پاسخهای هم ستیز نه چندان شدید نیز مؤلفه های استرس آفرین را در زندگی فرد افزایش می دهند. به علاوه، خشم یا انواع اختلالهای وابسته به استرس، به ویژه مشکلات قلبی عروقی ای همچون بیماری عروق کرونر و فشار خون پیوند دارد. بنابراین، چهارچوب استرس در مورد طیف موقعیتهایی که می توانند به خشم بیانجامند و در مورد پیامدهای ناسازگارانه پاسخهای خشم آلود، اطلاعات خوبی در اختیار ما می گذارد.

روشهای ایمن سازی در برابر استرس، نوعی درمان مبتنی بر آموزش مهارت‌های کنار آمدن است. فرض بر آن است که این فرایندهای درمانی، ابتدا به وسیله پرورش مهارت‌های کنار آمدن و سپس با مواجه کردن مراجع با میزانی قابل کنترل از محرک فشارآفرین، کارآمد واقع می شوند. یعنی: میزانی که دفاع فرد را بر می انگیزانند، ولی او را در خود غرق نمی کند. این روشها به این منظور تهیه شده اند تا به مراجع کمک کنند تا کنار آمدن با رویدادهای فشار آفرین را که احتمال رخداد آنها زیاد است، بیاموزد. به علاوه، در جهت یادگیری نحوه تنظیم تفکرات، هیجانها و رفتارها، و بهینه ساختن شرایط محیطی به گونه ای که مواجه با عوامل فشارآفرین کاهش یابد، کنترل خشم هم از طریق شیوه های پیش گیرانه و هم فعالیتهای سازگارکننده صورت می پذیرد. این روش درمانی، نوعی مداخله رفتاری - شناختی است که برپایه اصول نظری مبتنی بر نقش میانجی گرانه شناختها در هیجانها و رفتارها پاگرفته است. روشهای کنترل خشم بر این دیدگاه استوارند که ساختاری که فرد از موقعیت در ذهن خود ایجاد می کند، به ویژه توسط انتظارات و ارزیابیهای او، برانگیختگی هیجانی و مجموعه اعمال را که ناشی از این برانگیختگی است، تعیین می کند. به علاوه، این روشهای درمانی بر این فرض پاگرفته اند که رفتار، ارتباطی دوجانبه با حالت‌های هیجانی درونی دارد. بنابراین، کنش فرد در بروز خشم و شناختهای همراه با آن اثر می گذارد.

هدف رویکرد ایمن سازی در برابر استرس به کنترل خشم، به وجود آوردن مهارت‌های کنار آمدن است و سه نوع اساسی دارد.

الف) پیش گیرنده، ب)تنظیم کننده، ج)اجرای اهداف کلی آن عبارتند از: پیشگیری از وقوع خشم در مواقعی که ناسازگارانه است، تواناساختن مراجع به این که در موقع بروز خشم، میزان برانگیختگی خود را تعدیل کند. و فراهم آوردن مهارت‌های عملکردی مورد نیاز برای ظاهر ساختن برانگیختگی.

روشهای بالینی

این رویکرد درمانی، سه مرحله یا گام به هم پیوسته دارد: (۱) آماده سازی شناختی (۲) کسب مهارت (۳) آموزش نحوه به کار بستن آموخته ها.

در مرحله آماده سازی شناختی، به مراجع در مورد تبعات خشم و نیز الگوهای شخصی خشم در او آموزشهایی داده می شود. همچنین سیستم زبانی مشترکی را بین مراجع و درمانگر به وجود می آورد و منطق درمان را شرح می دهد. برای ساده کردن این هدف از کتابچه ای آموزشی برای مراجعان استفاده می شود. همچنین از مراجعان خواسته می شود تا به صورت خودبازبینی یا دفترخاطرات، به گردآوری مواردی می پردازند که به عنوان داده های پایه برای بحث در مورد اهداف و اصول درمانی مورد استفاده قرار می گیرند. مؤلفه های کنترل خشم در مرحله آماده سازی شناختی عبارتند از:

الف) تعیین اشخاص و موقعیتهایی که موجب خشم می شوند.

ب) متمایز ساختن خشم از پرخاشگری.

ج) دریافتن آنکه خشم، تعیین کننده های متعددی دارد.

د) دریافتن تهییج و برانگیختگی به صورت توالی های تعامل.

ه) مطرح ساختن شیوه های کنترل خشم به عنوان راهبردهایی سازگارکننده در جهت مهارت

تعارض و استرس.

در مرحله کسب مهارتها، به آموزش کاهش برانگیختگی شناختی و مهارتهایی رفتاری سازگارکننده ای پرداخته می شود که از الگوی خشم ناشی می شوند. در سطح شناختی، به مراجع آموزش داده می شود تا به موقعیتهای تهییج کننده به گونه ای دیگر بنگرد و از اهمیت افراطی که اغلب بر رویدادهای قابل توجه می شود، بکاهد. یکی از اهداف اصلی آن است که انعطاف پذیری در سازمان دهی شناختی مراجع برانگیزند. از این جنبه، توقعات و ارزیابی هایی که با برانگیختگی خشم پیوند دارند، هدف تغییر قرار می گیرند، به توقعات غیرمعمول و افراطی از رفتار دیگران و به ارزیابی رویدادها به عنوان بی حرمتی نسبت به شخص یا تهدیدهای علیه "من" توجه ویژه ای مبذول می شود. توانایی "شخصی ندیدن چیزها، مهارتی اساسی است. این کار را از طریق متوجه

ساختن جهت گیری تکلیف به تهییج می توان انجام داد که مستلزم توجه بر پیامدهای مطلوب و به کار بستن خود - راهبردی - رفتاری جهت ایجاد آن پیامدها است. از طریق کاربرد خود - راهبردی در قالب عبارتهای درونی سازگار کننده ای که خاص رویدادهای تهییج کننده طراحی شده باشند، می توان به هدف تغییر شناختی دست یافت. هنگامی که مراجع این عبارتهای درونی را در مراحل مختلف توالی تهییج به کار می برد، آنها به عنوان نشانه هایی هدایت گر عمل می کنند که تفکرات، احساسها و رفتار مراجع را به سوی سازگاری موفقیت آمیز، راهبری می نمایند. برای کاهش برانگیختگی، مهارتهای تن آرامی را به مراجع می آموزند و او را ترغیب می کنند تا به اجرای برنامه خاص شخصی بپردازد که به وضوح درجهت کاهش برانگیختگی ای طراحی شده که مراجع و درمانگر آن را مشاهده کرده اند. این کار ممکن است مستلزم استفاده مستمر از شیوه های تن آرامی عضلانی عمیق و یا راهبردهای جایگزینی همچون هیپنوتیزم، مراقبه، یوگا، تای چی، تمرینهای مستلزم هواگیری، یا لذتهای زیبانشناختی باشد. یک عنصر اساسی در کاهش برانگیختگی خشم، تضعیف گرایشهای مربوط به اشتغال فکری - نشخوار فکری در مراجع است. مراجعان از طریق تأکید برتجارب تهییج کننده، برانگیختگی را طولانی تر یا احیاء می کنند. از طریق خودبازبینی و خودآموزی می توان این دور فرساینده را کوتاه تر کرد.

مهارتهای کنارآمدن رفتاری، به ابراز موثر احساسات، بیانگری، و کاربرد کنشهای تکلیف مدار و مسئله گشایی مربوط می شوند. به مراجع کمک می کنند تا کنشهای سازگار کننده خشم را به حداکثر برساند و کنشهای ناسازگارانه آن را به حداقل کاهش دهد. در هنگامی که برانگیختگی فعال می شود، به مراجع آموزش می دهند تا براساس نشانه های درونی و بیرونی، خشم را در خود تشخیص دهد و سپس درحالی که برانگیختگی را در سطح متعادل نگه می دارد، آن خشم را به شیوه ای غیرخصمانه ابراز کند، یا از آن، جهت نیروبخشی به کنش حل مسئله استفاده کند. مجموعه پاسخهای تکلیف مدار، شخص را به بدرفتاری وا می دارد که وسیله ایجاد پیامدهای مطلوب است. به این صورت که خشم به نشانه ای برای کاربرد راهبردهای حل مسئله بدل می شود. این مهم، مستلزم تمرکز بر مسائل و اهداف حل مسئله بدن می شود. این مهم، مستلزم تمرکز بر مسائل و اهداف حل مسئله است. این امر از طریق حائل کردن تفکر بین تکانه و کنش، از انباشته شدن خشم و واکنش پرخاشگرانه افراطی جلوگیری می کند. همچنین به مراجع آموزش داده می

شود که چهارچوب محیطی را که به طور معمول در آنها عمل می کند (برای مثال محیط خانه، محل کار، رفت و آمد، استراحت) به گونه ای بهینه سازد که مواجهه یا محرکهای فشارآفرین به حداقل برسد و روبرویی یا تقویت کننده های محیطی به نهایت خود افزایش یابد. ابتدا درمانگر مهارتهای کنارآمدن را نمایش می دهد و بعد به مراجع فرصت می دهد تا آن مهارتها را در مرحله به کارستن، تمرین کند، روشهای کنترل خشم با هدف به وجود آوردن شایستگی شخصی طراحی شده اند، بنابراین لازم است کارایی مراجع از این جنبه مورد بررسی قرارگیرد. تمرین به وسیله خشمی که توسط بازی نقش و تجسم برانگیخته می شود، انجام می گیرد. بستر یا زمینه آن تهییج های شبیه سازی شده، با همکاری مراجع تهیه می شود. این مورد، همانند ناحساس سازی منظم، به صورت سلسله مراتبی ارائه می شوند. موضوع آنها موقعیتهای خشم آفرینی است که در زندگی واقعی فرا روی مراجع قرار می گیرند. سپس جهت مواجهه با این موقعیتهای خشم آفرین از مهارتهای کنارآمدن که مراجع آنها را با درمانگر تمرین کرده است، استفاده می شود. در همه حال، کار با خفیفترین حالت شروع می شود و به تدریج به سوی شدیدترین حالت برانگیختگی خشم پیش می رود.

این فرآیند در سراسر دوره درمان ادامه می یابد و به مراجع و درمانگر امکان می دهد تا برچیده شدن مراجع بر این مهارتها نظارت کنند. رویکرد ایمن سازی در برابر استرس در زمینه کنترل خشم، نوع ویژه ای از رفتاردرمانی شناختی است که برای مهار رویدادهای فشارآفرین و تنظیم هیجانهای آشفته ساز بر مهارتهای سازگارکننده تأکید می کند. این رویکرد از جهت توجه آشکاری که به تعیین کننده های محیطی - زمینه ای شرایط را مشکل می کند و ساختار سه مرحله ای خود، از جمله مواجهه صریح مراجع با مقادیر فزاینده محرکها، از دیگر رویکردهای رفتاردرمانی شناختی متفاوت است. مهارتهای سازگارکننده رفتاری و شناختی برای کنترل اندیشه پردازی های خودفرسا، منفی، منحرف ساختن توجه از تحریک خشم آفرین، قراردادن رویدادهای تحریک کننده در ساختارهایی جایگزین، تنظیم برانگیختگی فیزیولوژیک، و به کارستن رفتار حل مسأله طراحی شده اند.

پیامدهای مورد انتظار

این روش درمانی برای ۸ تا ۱۵ جلسه طراحی شده است. موفقیت درمان را می توان برحسب چندین بعد مرتبط با الگوی خشم اندازه گیری کرد. اغلب، گزارش شخصی، مقیاسهای فیزیولوژیک، و رفتاری به عنوان شاخصهای ارزیابی مورد استفاده قرار می گیرند. به لحاظ اهمیت برانگیختگی فیزیولوژیک در واکنشهای خشم، نباید از این بعد غافل شد. اندازه گیری فعال شدن سیستم قلبی عروقی، به ویژه فشارخون و ضربان قلب، به آسانی میسر است. لازم است در برانگیختگی به هنگام مواجهه با رویدادهای فشارآفرین و نیز در برانگیختگی سطح پایه، کاهش در این مقیاسها به وجود آید. تغییرهای شناختی اصلی با هدف دستیابی به انعطاف پذیری بیشتر در نحوه ارزیابی رویدادهایی که می توانند خشم آفرین قلمداد شوند، به وجود آوردن توقعات واقع گرایانه تر از خود و دیگران، و توانایی انطباق دادن این توقعات با موقعیتها، صورت می گیرند. لازم است توقعات مرتبط با کارآمدی شخصی برای مواجهه با موقعیتهای مشکل آفرین، و نیز عبارتهای درونی مثبت، افزایش یابند و عبارتهای درونی منفی کاهش پیدا کنند. گرایش به اشتغال فکری در زمینه رویدادهایی برانگیزاننده، و تمرکز بر تجارب ناگوار منفی نیز باید تضعیف گردد. توانایی مراجع در به وجود آوردن راه حلهای چابکترین برای موقعیتهای مشکل آفرین نیز باید افزایش یابد. روش درمانی، مستلزم آن است که مراجع، مهارتهای رفتاری لازم برای استفاده در مبادله های بین شخصی و افزایش بهزیستی فردی را به دست بیاورد و به کار ببندد. جنبه های کلامی و غیرکلامی رفتار تعاملی را می توان با توجه به این که مراجع چگونه با موارد تهییج و تحریک روبرو می شود و با موقعیتهای همواره مشکل آفرین چگونه برخورد می کند ارزیابی کرد. لازم است کاهش شیوه ستیزه جویانه و افزایش پاسخهای حل مسأله و تکلیف مدار مشهود گردد. معمولاً، در اثر اجرای این روش، باید فراوانی، شدت، و مدت خشم، و نیز حالات ستیزه جویانه ابراز خشم کاهش پیدا کند.

موارد عدم تجویز

شمربخشی این روش به عنوان نوعی درمان خودگردان، به مشارکت فعال مراجع بستگی دارد. در نتیجه، این رویکرد درمانی برای کسانی که نمی توانند در فرایند درمان همکاری عمل کنند مناسب نیست. به لحاظ این که این مداخله برشناخت مبتنی است، درمان با آن مستلزم کارگزاری

شناختی بسنده است، و به همین دلیل به کار بردن آن در مورد جمعیت‌های روان پریش یا عقب مانده ذهنی فاقد ارزش خواهد بود (بلاک، ماهر، ۱۳۷۸).

رویکرد درمانی نواکو تنها یکی از رویکردهای درمانی، رفتاری - شناختی در درمان خشم می باشد. به طور کلی رویکردهای درمانی رفتاری - شناختی در درمان خشم از تکنیکهای مشابهی استفاده می کنند که در ادامه به میزان اثربخشی برخی از آنها اشاره می کنیم. به نظر می رسد که بیشترین اثرگذاری بر تجربه خشم به درمان آرام سازی مربوط می شود که پس از آن به ترتیب درمان شناختی آرام سازی، شناختی و مهارتهای اجتماعی قرار می گیرد. در ادامه به بررسی اثربخشی این نوع درمانها می پردازیم.

نتیجه گیری

یافته های کلی اینگونه است که پرخاشگری بطور بارز و برجسته ای از طریق چندین رویکرد، قابل درمان می باشد. (ماین و آمبروس، ۱۹۹۹). رویکردهای مختلف بالینی به طور ضمنی یا آشکار بر یکی یا هر دو سطح (پاسخهای فیزیولوژیک و شناختی) تأثیر دارند. در درمان شناختی - رفتاری به طور آشکارتر به این عناصر پرداخته می شود. در درمان روان پویایی، فرد تلاش می کند تا نسبت به موقعیتهای فعلی و گذشته و همچنین اشیاء فراخوان رفتار پرخاشگرانه، هوشیاری حاصل کند. در درمان سیستمی فرد در درون محیط اجتماعی به سعی و تلاش می پردازد تا الگوهای اتوماتیک پاسخ دهی را تغییر دهد. (ماین و آمبروس، ۱۹۹۹). یکی از جنبه های مهم این درمانها این است که تکنیکها درحالی به کار می روند و یادگیری در وضعیتی به وقوع می پیوندد که فرد عملاً خشمگین است. به عبارت دیگر، در همه درمانهای مطالعه شده، درمان پرخاشگری در موقعیت برانگیزاننده رفتار پرخاشگری اجرا می شود. وقتی که مصادف با پرخاشگری تغییراتی در شناخت، رفتار و برانگیختگی فیزیولوژیکی به وجود می آید، الگوی جدید سرانجام با پاسخ پرخاشگری آمیخته می گردد و تکرار پاسخهای کاهش یافته پرخاشگری، درگذر زمان راههای عصبی جدید را تقویت کرده و احتمال وقوع آنها را در طی رخدادهای بعدی پرخاشگری را

افزایش می دهد. در میان رویکردهای مختلف درمانی رویکرد رفتاری - شناختی یکی از رویکردهای موفق می باشد.

در این رویکرد اساسی کاهش پرخاشگری بر بازسازی شناختی و کنترل خشم استوار است، نواکو، (۱۹۹۹) به عنوان بنیان گذار کنترل خشم به شیوه شناختی - رفتاری برای کاهش پرخاشگری به نقل از بندورا (۱۹۸۳، ۱۹۷۳) می گوید: خشم موجب رفتار پرخاشگرانه می شود ولی پرخاشگری نتیجه کامل و خود به خودی خشم نیست، چون پرخاشگری به وسیله مکانیسمهای بازداری کنترل می شود و در ایجاد آن فاکتورهای بیرونی و درونی موثرند. همچنین تحقیقات متعدد نیز تأثیر کنترل خشم به شیوه شناختی - رفتاری را برای کاهش پرخاشگری تأیید کرده اند از جمله (مون و ایسلر، ۱۹۸۶، دفن باخر و هازلوس، ۱۹۸۶، ایلس، ۱۹۸۷، استرمک، ۱۹۸۳) و دربین رویکردهای شناختی - رفتاری رویکرد نواکو بسیار مؤثر است. (نواکو، ۱۹۸۶).

منابع

- اتکینسون، ر. هیلگارد، (۱۳۷۸) زمینه روانشناسی، ترجمه محمدتقی براهنی و همکاران، انتشارات رشد. جلد دوم. بلاک، آ. هرسن، م. (۱۳۷۸) فرهنگ شیوه های رفتاردرمانی، ترجمه فرهاد ماهر و سیروس ایزدی، انتشارات رشد خدیوی زند، م. (۱۳۷۴) نظریه ها و مفاهیم، سنجش و تشخیص و روان درمانی، انتشارات تهران. دادستان، پ. (۱۳۷۶) روانشناسی مرضی تحولی. تهران: انتشارات سمت.
- صادقی، ا. (۱۳۸۰) بررسی اثربخشی آموزش گروهی کنترل خشم به شیوه عقلانی، رفتاری، عاطفی، بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان پسر دبیرستانی شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه اصفهان. محمدخانی، ش. (۱۳۸). مهارت های زندگی.
- نلسون، ر. ایزرائیل. آ (۱۳۷۶) اختلالهای رفتاری کودکان. ترجمه محمد تقی منشی طوسی. انتشارات آستان قدس.

References

- Bandura, A. (1973). *Aggression, A Social learning Analysis*. New York: Prentice Hall.
- Berkowitz, I. (1990). On the Formation and regulation of anger and aggression. *American Psychologist* vol. 45, pp. 454-503.
- Manlyne, T. J., Ambrose, T. K. (1999). Research Review On Anger in a psychotherapy. *Journal of clinical psychology*. Vol. 32. pp. 706-712.
- Novaco, R. W. (1986). Anger as a clinical and social problem. IN: Blanchard, R. J., Blanchard, D.C. *advances in the study of Aggression*. New York: Academic press.
- Deffenbacher, J. I. (1999). Cognitive-Behavioral Conceptualization and Treatment of anger. *Journal of clinical psychology*. Vol. 55(3). PP. 315-337.
- Ellis, A. (1998). *How to Live With and Without It*. New York: JAICOP Publishing house USA.
- Novaco, R. W., Robins, S. (1999). Systemic conceptualization and treatment of anger. *Journal of clinical psychology*. Vol. 55(3). Pp. 325-337.