

## اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر پرخاشگری افراد معتاد

محمود نجفی<sup>۱</sup>، سهیلا مراد زاده خراسانی<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۲۰

### چکیده

**هدف:** مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر پرخاشگری افراد معتاد انجام شد. **روش:** طرح پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. نمونه این پژوهش ۲۴ نفر از معتادین مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد تهران بود که با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش و بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد نمونه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. در این پژوهش از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری به منظور گردآوری داده‌ها استفاده شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد گروه درمانی شناختی- رفتاری باعث کاهش پرخاشگری کلامی، فیزیکی و خشم و خصومت در افراد معتاد شده است. اما در مرحله پیگیری فقط باعث کاهش پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت در افراد معتاد شد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به این که پرخاشگری همبودی بالایی با اعتیاد دارد و این که این عامل می‌تواند به عنوان مانعی بر سر راه ترک مواد باشد، در نظر گرفتن آن برای درمان اعتیاد ضروری به نظر می‌رسد.

**کلید واژه‌ها:** اعتیاد، گروه درمانی شناختی- رفتاری، پرخاشگری

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، پست الکترونیک: m\_najafi@semnan.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد سمنان

## مقدمه

به نظر می‌رسد که انسان‌ها در تمام فرهنگ‌ها و در زمان‌هایی تمایل داشته‌اند، حالات ذهنی خود را تغییر دهند و به این منظور از مواد مخدر و روان گردان کمک می‌گرفتند و این امر منجر به این شده که اعتیاد به مواد مخدر، امروزه یکی از معضلات اساسی زندگی بشری به شمار رود و افزایش مصرف آن طی قرن گذشته، نگرانی روز افزونی را برای همه جوامع در پی داشته باشد (لاندهلم، ۲۰۱۳). اعتیاد و سوء مصرف مواد یکی از بارزترین آسیب‌های روانی- اجتماعی است که به راحتی می‌تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی و فرهنگی یک کشور را سست و پویایی‌های انسانی آن را به مخاطره اندازد (شریعتی، ایزدی خواه، مولوی و صالحی، ۱۳۹۲). اعتیاد پدیده‌ای روانی- فیزیولوژیکی است و متغیرهای گوناگونی بر پدید آیی و تداوم و درمان آن تأثیر می‌گذارند و فرد به دلیل درگیری جنبه‌های ذهنی و فیزیکی قادر نیست به تنهایی آن را کنترل کند (کین، ریپر- رویولدز، ویلیامز و وولف، ۲۰۰۶). برخی از یافته‌های تحقیقاتی ارتباط بین رفتار پرخاشگرانه و مصرف مواد را به تصویر کشیده‌اند، رابطه‌ای که بس عمیق، پرهزینه و غیر قابل انکار است. اما هر بحثی در زمینه ارتباط بین مواد مخدر و پرخاشگری و خشونت باید با تعریف این مفهوم شروع شود (فازیا، محاماد، چانگ و ابد مناف، ۲۰۱۲؛ هوآکن و استوارت، ۲۰۰۳). هیجان‌ها پدیده‌های ذهنی، زیستی، هدفمند و اجتماعی هستند. از جمله هیجاناتی که در زندگی همه افراد نقش مهم و موثری دارد، هیجان خشم و پرخاشگری است. خشم یکی از احساسات عمومی است که در زندگی روزمره تجربه می‌شود و به صورت یک حالت هیجانی درونی ناخوشایند است که با توجه به فراوانی و شدت متغیر تعریف می‌شود. این حالت غالباً با افکار و ادراکات نادرست برانگیختگی و تمایل فزاینده برای انجام رفتارهای کلامی و یا حرکتی که از لحاظ فرهنگی ناپسند است، مشخص می‌شود (لاندهلم، ۲۰۱۳؛ رحیمی احمد آبادی، آقا محمدیان شعرباف، مدرس غروی و کارشکی، ۱۳۹۳؛ ولی زاده، بردی ازونی داواجا و نیکمال، ۲۰۱۰؛ دین باچر، ۲۰۱۱).

1. Lundholm
2. Keane, Reaper-Roynolds, Williams & Wolfe
3. Fauziah, Mohamad, Chong & Abd manaf
4. Hoaken & Stewart
5. Valizadeh, Berdi Ozouni Davaji & Nikamal
6. Deffen Bacher

رفتارهای پرخاشگرانه ممکن است به شکل‌های مختلفی جلوه‌گر شوند. باس و پری طی پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که پرخاشگری انسان دارای سه بعد (ابزاری، عاطفی و شناختی) است. بعد ابزاری یا حرکتی نمایانگر پرخاشگری کلامی یا فیزیکی است و هدف اصلی آن آسیب‌رساندن به دیگران است. بعد عاطفی و هیجانی به شرایط درونی ارگانیزم و همچنین به آمادگی برای برانگیختگی فیزیولوژیک و هیجانی اشاره دارد و به صورت خشم نمایان می‌شود. این بعد وظیفه تدارک و آماده‌سازی رفتار پرخاشگرانه را بر عهده دارد. بعد شناختی که خصومت نام دارد و سبب ایجاد احساس غرض‌ورزی و کینه‌توزی نسبت به دیگران می‌شود (دیاموند، وانگ و بافینگتون-وولوم<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). بنابراین رفتار پرخاشگرانه انسان در یک سازه کلی ریشه دارد. سازه‌ای که در سطح می‌تواند به صورت خشم، خصومت و پرخاشگری جسمانی و پرخاشگری کلامی نمایان گردد. این ابعاد پرخاشگری همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد می‌تواند زمینه بروز انواع آسیب‌های جسمانی و روانشناختی را فراهم آورد (رحیمی احمد آبادی و همکاران، ۱۳۹۳). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که پرخاشگری از عوامل مرتبط و از شاخص‌های مهم برخی از اختلالات مانند اعتیاد به مواد مخدر است (هوآکن و استوارت، ۲۰۰۳؛ هاییل<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) که امروزه دولت‌ها را با هزینه‌های گزافی برای مبارزه با آن مواجه کرده است (فتحی و مهرابی‌زاده‌هنرمند، ۱۳۸۷). بنابراین با توجه به هزینه‌ها و آسیب‌های جدی فردی، اجتماعی و اقتصادی سوءمصرف مواد در سراسر دنیا، لازم است درمان مقرون به صرفه‌ای مورد ارزیابی قرارگیرد (مومنی، مشتاق‌بیدختی و پورشهباز، ۱۳۸۸) که هم برای درمان‌اعتیاد و هم عوامل همراه آن مانند پرخاشگری کارایی لازم را داشته باشد. از جمله درمان‌های غیر دارویی که در این زمینه مورد استفاده قرار گرفته است، درمان‌شناختی<sup>۳</sup> رفتاری است. درمان شناختی- رفتاری برای معتادین در مطالعات بالینی متعددی همچون مطالعات خیاطی پور، قربانی شیرودی و خلعتبری (۱۳۸۹)، مارلات و رنج<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) و مک‌هاق، هیرون و اتا<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) به کار رفته و شواهدی دال بر ثمربخشی بالینی آن ارائه شده است.

1. Diamond, Wang & Buffington-Vollum  
3. Marlatt & Range

2. Habil  
4. Mchugh, Hearon & Otto

علاوه بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در درمان اعتیاد، این رویکرد درمانی در کنترل و کاهش خشم و پرخاشگری نیز موفق بوده و کارایی لازم را داشته است. مطالعات مختلفی همچون مطالعات رضایی، افتخاری، دولت‌شاهی و مسافی (۲۰۱۴)؛ کوتایبا<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)؛ شکوهی یکتا، پرند و زمانی (۲۰۱۰)؛ هافمن، آسنانی، وانک و ساویر<sup>۲</sup> (۲۰۱۲)؛ گورنستین، تاگر، شاپیرو، مونک و اسلوآن<sup>۳</sup> (۲۰۰۷)؛ روس<sup>۴</sup> (۲۰۱۰)؛ دانیک، اسمیت، برنک و پنفلد<sup>۵</sup> (۲۰۰۶)؛ گنزالس-پرنلز<sup>۶</sup> (۲۰۰۷)؛ بارنز، اسمیت و میلر<sup>۷</sup> (۲۰۱۴) و اوزاباکی<sup>۸</sup> (۲۰۱۱) که در این زمینه انجام شده حاکی از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری است. در رویکرد شناختی- رفتاری اساس کاهش خشم و پرخاشگری بر بازسازی شناختی و کنترل خشم است (کاظمینی، قنبری هاشم آبادی، مدرس غروی و اسماعیلی زاده، ۱۳۹۰). با توجه به همبودی بالای پرخاشگری و مصرف مواد و نیز این امر که پدیده اعتیاد همان گونه که به عنوان بلای قرن از آن یاد شده، علاوه بر هزینه‌های مالی فراوان، اثرات زیادی بر همه جوانب زندگی فرد می‌گذارد (مومنی و همکاران، ۱۳۸۸) و همچنین با نگاه به آمار روزافزون اعتیاد به مواد مخدر و به خصوص اشاعه آن در نوجوانان و جوانان، این نتیجه حاصل می‌شود که نسل جوان که باید در جهت سازندگی و پیشرفت جامعه مشارکت داشته باشند، در دام اعتیاد به هدر می‌روند (فتحی و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۸۷). از این رو لازم است مداخلاتی که در این زمینه صورت می‌گیرد چند وجهی بوده و به نقش عوامل روانشناختی در مداخلات توجه شود. به همین منظور سوال اصلی پژوهش این است که آیا گروه درمانی شناختی- رفتاری بر پرخاشگری افراد معتاد اثربخش است؟

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت و اهداف آن شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. جامعه این پژوهش معتادین مراجعه‌کننده به

1. Qutaiba

3. Gorenstein, Tager, Shapiro, Monk, Sloan

5. Daunic, Smith, Brank, Penfield

7. Barnes, Smith & Miller

2. Hofman, Asnaani, Vank & Sawyer

4. Rose

6. Gonzalez-Prendes

8. Ozabaci

کلینیک‌های ترک اعتیاد سطح استان تهران بود که از این میان چند کلینیک به تصادف انتخاب شد. تعداد ۲۴ نفر از معتادین به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. از این تعداد ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه گواه به طور تصادفی گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: مذکر بودن، دامنه سنی ۴۰-۲۰ سال، مصرف متادون یک ماه به بالا، تحصیلات دیپلم تا لیسانس. ملاک‌های خروج پژوهش عبارت بودند از: حاضر نشدن در جلسات، اختلالات روانپزشکی شدید.

## ابزار

پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری: این پرسش‌نامه توسط باس و پری ساخته شده است. نمونه اصلی آن ۵۲ سوال داشت که تعدادی از سوالات به دلیل ضعف و نارسایی در تحلیل عاملی حذف شد. در نهایت تبدیل به پرسش‌نامه ۲۹ سوالی شد. برای پاسخ‌دهی از طیف لیکرت از ۱ تا ۷ استفاده شد که معادل گزینه‌های "کاملاً متفاوت از من" تا "کاملاً شبیه من" می‌باشد. این پرسش‌نامه ۴ بعد پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ برای این ۴ بعد به ترتیب عبارتند از: ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳، ۰/۷۲ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل سوالات ۰/۸۹ گزارش شده است (نقدی، ادیب راد و نورانی پور، ۱۳۸۹). سامانی (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ را به ترتیب برای خشم، پرخاشگری، رنجیدگی و بدگمانی گزارش کرده است. نجاریان و الله‌یاری ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ را برای این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند (به نقل از ناصری و باباخانی، ۲۰۱۴).

## روش اجرا

ابتدا از میان کلینیک‌های استان تهران چند کلینیک به تصادف انتخاب شد و در مرحله بعد تعداد ۲۴ نفر از معتادان با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. برای پیش‌آزمون افراد هر دو گروه پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری

را تکمیل کردند و بعد از آن افراد گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار گرفتند و برنامه مدیریت خشم واسترس معنادان براساس رویکرد شناختی- رفتاری (ریلی و شاپ شایر؛ ترجمه نصیری، ۱۳۹۲) و برنامه عملی مدیریت استرس (مک تاماها؛ به نقل از جان بزرگی و راجرزی، ترجمه جان بزرگی و راجرزی، ۱۳۸۸) به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برای آن‌ها اجرا شد. بعد از به پایان رسیدن برنامه درمانی از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و اعضای هر دو گروه به پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری پاسخ گفتند. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

### جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی اعضا و قوانین گروه، تعریف خشم، توضیح باورهای غلط در مورد خشم، انجام تست‌ها
دوم	توضیح وقایع برانگیزاننده خشم، نشانه‌های جسمانی، رفتاری، هیجانی، شناختی تصور خشم، شناسایی عوامل برانگیزاننده خشم، انجام تنش‌زدایی بر طبق روش بنسون، تنفس و کشش، تکلیف خانگی
سوم	بررسی تکلیف خانگی، برنامه کنترل خشم، وقفه و آرمیدگی، توضیح خودگویی منفی و بررسی عوامل آن، تکلیف خانگی
چهارم	بررسی تکلیف خانگی، توضیح دوره‌های پرخاشگری، نشانه‌های خشم، تنفس و کشش، تصویر هدایت شده، بحث و تبادل نظر، تکلیف خانگی
پنجم	بررسی تکلیف خانگی، دوره‌های پرخاشگری، آرمیدگی پیشرونده عضلات، نکات پیشنهادی، توقف فکر، تکلیف خانگی
ششم	بررسی تکلیف خانگی، نکات پیشنهادی، آموزش مدل ABCD آلبرت ایس، تمرین قاطعیت، اعتماد به نفس و حرمت خود، تکلیف خانگی
هفتم	بررسی تکلیف خانگی، مرور مطالب آموخته شده، بررسی روابط و تقسیم کار و قاطع بودن، آموزش جرات ورزی، مدل حل تعارض، تنفس و کشش، تکلیف خانگی
هشتم	ارزیابی، نکات پیشنهادی و مرور، خشم خانواده، بحث و تبادل نظر، انجام تست‌ها، تنفس و کشش، تقویت تمرکز، اختتام جلسات

### یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی پرخاشگری به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

گروه‌ها	آزمایش						گواه					
	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	SD	M	پیگیری	SD	M	پیگیری	SD	M	پیگیری	SD	M	پیگیری
پر خاشگری فیزیکی	۵/۹۸	۲۹/۷۵	۱۸/۰۰	۵/۰۶	۲۱/۳۳	۷/۳۷	۲۷/۰۰	۶/۷۰	۲۶/۶۶	۸/۵۵	۲۷/۹۱	۶/۴۰
پر خاشگری کلامی	۴/۰۰	۱۸/۰	۹/۸۳	۲/۵۸	۱۱/۵۰	۳/۵۲	۱۵/۸۳	۴/۳۲	۱۵/۵۸	۴/۴۴	۱۷/۳۳	۴/۳۹
خشم	۳/۹۲	۲۷/۸۳	۱۶/۶۶	۳/۷۰	۱۵/۷۵	۶/۶۵	۲۴/۷۵	۵/۹۴	۲۳/۸۳	۶/۵۰	۲۲/۹۱	۷/۵۲
خصومت	۴/۳۹	۲۴/۰۸	۲۱/۹۱	۶/۷۶	۱۵/۳۳	۴/۷۱	۲۴/۹۱	۵/۹۳	۲۵/۵۸	۵/۹۷	۲۶/۵۰	۷/۶۵

به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر پر خاشگری از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. یکی از مفروضه‌های این آزمون برابری ماتریس کوواریانس‌ها است که برای بررسی این مفروضه از آزمون باکس استفاده شد. نتایج این آزمون هیچ نوع تخطی جدی از مفروضه را نشان نداد ( $F=1/20, P>0/05, M=15/04$ ). مفروضه دیگر همگنی واریانس‌های خطاست که برای بررسی این مفروضه از آزمون لون استفاده شد. نتایج این آزمون نیز هیچ نوع تخطی از این مفروضه را نشان نداد. پر خاشگری فیزیکی ( $F=2/13, P>0/05$ )، پر خاشگری کلامی ( $F=0/04, P>0/05$ )، خشم ( $F=1/41, P>0/05$ )، و خصومت ( $F=0/48, P>0/05$ ). نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره حکایت از تفاوت معنادار داشت ( $F=19/16, P<0/001, \lambda=0/164$ )، برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F آماره	معناداری
پر خاشگری فیزیکی	۵۱۶/۴۲	۱	۵۱۶/۴۲	۲۰/۰۵	۰/۰۰۰۵
پر خاشگری کلامی	۳۲۸/۲۹	۱	۳۲۸/۲۹	۴۰/۹۵	۰/۰۰۰۵
خشم	۳۸۳/۷۲	۱	۳۸۳/۷۲	۲۳/۶۹	۰/۰۰۰۵
خصومت	۴۴/۹۱	۱	۴۴/۹۱	۲/۴۵	۰/۰۰۰۵

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در متغیرهای پر خاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت تفاوت معناداری بین گروه‌های مورد بررسی وجود دارد. بنابراین با توجه به آماره توصیفی و استنباطی می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پر خاشگری موثر است.

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در مرحله پیگیری (ثبات در اثربخشی) نیز از تحلیل کواریانس استفاده گردید. آزمون باکس هیچ نوع تخطی جدی از مفروضه را نشان نداد ( $F=0/55, P>0/05, M=6/93$  باکس). آزمون لون هم هیچ نوع تخطی از مفروضه برابری واریانس‌های خطا را نشان نداد ( $F=0/72, P>0/05$ )، پرخاشگری کلامی ( $F=0/24, P>0/05$ )، خشم ( $F=0/24, P>0/05$ )، خصومت ( $F=0/23, P>0/05$ ). نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری تفاوت معناداری را نشان داد ( $F=8/65, P<0/001, \eta^2=0/302$  لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیره به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت در پیگیری

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F آماره	معناداری
پرخاشگری فیزیکی	۱۵۳/۳۸	۱	۱۵۳/۳۸	۴/۰۰۸	۰/۰۶۱
پرخاشگری کلامی	۱۷۲/۰۰۳	۱	۱۷۲/۰۰۳	۱۳/۶۲۰	۰/۰۰۲
خشم	۲۹۴/۹۸	۱	۲۹۴/۹۸	۱۰/۴۲۰	۰/۰۰۵
خصومت	۶۱۱/۵۰	۱	۶۱۱/۵۰	۳۵/۴۵۴	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۴ در متغیرهای پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت تفاوت معناداری بین گروه‌های مورد بررسی در مرحله پیگیری وجود دارد. به این معنا که درمان بعد از قطع نیز توانسته ثبات داشته باشد.

## بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر پرخاشگری افراد معتاد بود. نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش پرخاشگری موثر است. این یافته با یافته‌های رضایی و همکاران (۲۰۱۴)؛ بارنز و همکاران (۲۰۱۴)؛ هافمن و همکاران (۲۰۱۲)؛ اوزاباکی (۲۰۱۱)؛ کوتایبیا (۲۰۱۰)؛ شکوهی یکتا و همکاران (۲۰۱۰)؛ روس (۲۰۱۰)؛ گزالس-پرنلز (۲۰۰۷) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی- رفتاری به صورت فردی و یا گروهی بر کاهش پرخاشگری موثر است. در روش شناختی- رفتاری تکنیک‌های مختلفی به کار گرفته می‌شود، در این روش فنون رفتاری به طور عمده در برگیرنده شیوه‌های اجتناب از موقعیت‌های محرک و یا تغییر



پاسخ نسبت به چنین محرک‌ها و دادن پاسخ‌های تازه به آن می‌باشد. استفاده از تکنیک‌های آرامش عضلانی در هنگام اضطراب شدید به جای استفاده از مواد و ارائه تقویت‌های تازه و مناسب نیز از فنون دیگر درمان است. در درمان شناختی بر شناسایی مشکل، تولید راه حل جایگزین، پیش بینی عواقب اعمال و در نظر گرفتن دیدگاه‌های مختلف تأکید می‌شود. با استفاده از تکنیک‌های شناختی نیز مراجع قادر می‌شود افکار منجر به مصرف مواد را شناسایی، افکار معیوب را تشخیص داده و بکوشد تا به جای آن افکار مناسبی را جایگزین کند. با این فنون به مراجعه کنندگان آموزش داده می‌شود که روابط و موقعیت‌ها را با دید تازه‌ای بنگرند. مهارت‌های شناختی آموزش داده شده در این درمان کمک می‌کند که افراد به عواقب رفتارهای پرخاشگرانه خود فکر کنند و با شناخت عواقب رفتار خود بتوانند به طور موثر و صحیح‌تری پرخاشگری خود را ابراز کنند. بنابراین آنها با این شیوه قادر خواهند بود که آسیب فیزیکی کمتری به خود و دیگران وارد کنند (مومنی و همکاران، ۲۰۱۰؛ مک گوایر، ۲۰۰۸؛ فونگ، گرسین، چان و هاتچیسون، ۲۰۱۳). در دیدگاه شناختی-رفتاری برای کاهش خشم سعی می‌شود به افراد کمک کنند که جهان خود را به شیوه عادلانه‌تر و منصفانه‌تر در نظر بگیرند و همچنین به آنها آموزش داده می‌شود که بتوانند به دیدگاه و نقطه نظرات دیگران توجه کنند. بنابراین سعی می‌شود با آموزش مهارت‌های اجتماعی بتوانند این تغییرات را ایجاد و شرایط مولد خشم را کاهش دهند. در این درمان سعی می‌شود با آموزش کنترل خشم، قابلیت‌های خود کنترلی فرد را برای مقابله با شرایط ایجاد کننده خشم بالا ببرند. به علاوه در این رویکرد سعی می‌شود با روش استدلال اخلاقی به کنترل خشم کمک کرد، این روش شامل مجموعه‌ای از روش‌های طراحی شده برای بالا بردن سطح انصاف، عدالت فرد و در نظر گرفتن نیازها و حقوق دیگران است (تیگین، بیوکلایر، کی سر، گواوارا و مستاد، ۲۰۰۷؛ کائونیتز، آندرشد، بران استروم و اسمداسلون، ۲۰۱۰). برای تبیین اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش پرخاشگری می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری بر سنت‌های غنی

اصلاح رفتار و درمان عقلانی هیجانی ترسیم شده است و به شناخت اجتماعی و سازه‌های افراد از واقعیت توجه می‌کند. بنا به اعتقاد ایس، غالب مشکلات هیجانی افراد و رفتارهای وابسته به آن هیجان‌ها از بیانات غیرمنطقی افراد با خود به هنگام رویارویی با رویدادهایی که مطابق میلشان نیست، ریشه می‌گیرند. کسانی که در برخورد با رویدادهای مخالف میلشان نامعقول و غیر منطقی عمل می‌کنند، هر چیز کوچک را یک مصیبت می‌نامند و غالباً به خود می‌گویند که اتفاقات در حدی ناگوارند که تحملشان غیر ممکن است. باید گفت از بین رویکردهای مختلف مدیریت خشم در دودهمه گذشته، رویکرد شناختی- رفتاری مورد استقبال بیشتری قرار گرفته است. تئوری شناختی بر اساس اتصال ضروری اجزای تفکر، احساس و رفتار پایه ریزی شده است. مقصود درمانگران افزایش آگاهی نسبت به علائم برانگیختگی اولیه خصمانه، آموزش فنون کنترل بر خود به منظور کاهش احتمال رفتارهای پر خاشگری می‌باشد. یک رفتار پر خاشگری ضد اجتماعی ممکن است تحت تأثیر حوادث شناختی قبلی نظیر احساس تنفر (مانند به یاد آوری یک کینه قدیمی)، ناآگاهی از پیامدهای احتمالی اعمال پر خاشگرانه و یا ناتوانی روانی در حل مسائل (به جای برون ریزی خود کار) قرار گیرد (قنواتی و نیسی، ۱۳۸۹؛ بک و فرناندز، ۱۹۹۸). خشم عموماً از تنش عضلانی و برانگیختگی سیستم عصبی خودمختار و فعالیت غدد درون ریز و باورهای غیر منطقی درباره دیگران ناشی می‌شود. مشکلات بین فردی و اجتماعی، گرایش به خشونت و بیماری‌های متعدد جسمانی و روانی می‌تواند ناشی از خشم باشد. رویکرد درمانی شناختی- رفتاری از طریق کاهش افکار خود آیند منفی و کاهش استفاده از تحریف‌های شناختی و افزایش استفاده از درک عینی از رویدادها و منطق درست و کارآمد و استفاده از تکنیک‌های رفتاری باعث کاهش میزان خشم در افراد می‌شود. همچنین یکی از مهارت‌های شناختی‌ای که در این درمان آموزش داده می‌شود که به وسیله آن می‌توانیم خشم را کنترل کرد، مهارت‌های حل مساله است که بالاترین سطح از فعالیت‌های یادگیری است و بخش مهمی از زندگی روزمره هر فرد را تشکیل می‌دهد. مهارت‌های حل مساله به وسیله مراحل، شرایط را برای اجرای یک پاسخ سازگارانه برای

موقعیت‌های اجتماعی فراهم می‌کند و افراد را قادر می‌سازد از زوایای مختلف به یک موضوع نگاه کنند و راه حل مناسب را انتخاب کنند (ابراهیمی، سداری، یوسف وند، فیلی و پیرالیخیر آبادی، ۲۰۱۳؛ رحیمی و همکاران، ۱۳۹۳؛ رضایی و همکاران، ۲۰۱۴). در رویکرد شناختی-رفتاری تغییر دادن تفکر نادرست و کژکار مستقیم‌ترین راه برای تغییر دادن هیجان‌ها و رفتارهای کژکار مراجعان است. بنابراین در این رویکرد مراجعان از تأثیری که شناخت بر احساس‌ها و رفتار آنها دارد آگاه می‌شوند. آنها یاد می‌گیرند که افکار خودآیند منفی و خطاهای منطقی خود را در موقعیت‌های خشم‌برانگیز شناسایی کرده، با روش پیکان عمودی به طرحواره‌های اصلی منفی ایجادکننده خشم خود دست یابند و از طریق بررسی کردن تجربی آنها، تحلیل باورهای منفی، یادداشت کردن باورهای مخالف آنان و تعبیر کردن به شکل دیگر، طرحواره‌های خود را بازسازی کنند. در نتیجه تغییر طرحواره‌های ناکارآمد و بازسازی شناختی باعث کاهش تجربه هیجان خشم می‌شود. به علاوه استفاده از روش‌های رفتاری آرمیدگی تخیلی هدایت شده، تهیه سلسله مراتب خشم و تغییر ادراکی باعث کاهش برانگیختگی هیجانی می‌شود (کازمینی و همکاران، ۱۳۹۰).

گروه درمانی شناختی-رفتاری بر این فرض استوار است که نقص‌ها و تحریف‌های شناختی از ویژگی‌های اکتسابی و آموختنی است و ذاتی نیست، بنابراین در تلاش است که فرایندهای تفکر و انتخاب را بلافاصله قبل از رفتار پرخاشگرانه درک و بررسی کند. همچنین این روش درمانی بیان می‌کند که بازسازی اظهارات شخصی فرد به بازسازی برابر در رفتار او منجر خواهد شد. در واقع تغییر طرحواره‌های منفی و بازسازی شناختی که منجر به کاهش تجربه هیجان خشم شده، احتمال ابراز خشم از طریق رفتارهای پرخاشگرانه را کاهش می‌دهد. بر اساس نظر شناختی-بک، شناخت نقش مهمی را در مشکلات روانشناختی بازی می‌کند. یک معتقد است که دیگر جنبه‌ها مثل جنبه‌های هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیکی از این عامل سرچشمه می‌گیرد. تغییر شناختی در رویکرد شناختی-رفتاری بر این امر تأکید می‌کند که افراد مهارت‌های تفکر منطقی را یاد بگیرند و با افکار خودکار

خود مقابله کنند (کازمینی، قنبری هاشم آبادی و سفرزاده، ۲۰۱۳؛ لپیزی، لاندنبرگر و ویلسون، ۲۰۰۷).

به طور کلی نتایج این پژوهش حاکی از این بود که درمان شناختی- رفتاری در کاهش پرخاشگری موثر بوده است. با توجه به همبودی بالای این اختلال با مصرف مواد و این که این عامل می تواند به عنوان مانعی بر سر راه درمان سوء مصرف مواد قرار بگیرد، در نظر گرفتن آن در فرایند درمان ضروری به نظر می رسد. این پژوهش بر روی یک جنس انجام شده است. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی این موضوع در دو جنس بررسی شود. همچنین با توجه به تعداد اندک افراد نمونه پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی این موضوع با افراد نمونه بیشتری بررسی شود و با سایر درمان های دیگر مورد مقایسه قرار گیرد.

## منابع

- خیاطی پور، عاطفه؛ قربان شیرودی، شهره و خلعتبری، جواد (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی شناختی- رفتاری در گروه های اجتماع مدار و معتادان گمنام بر گرایش به مصرف مواد افیونی. مجله علمی پزشکی، ۹(۶)، ۶۴۰-۶۳۳.
- رحیمی احمد آبادی، سمیه؛ آقا محمدیان شعرناف، حمیدرضا؛ مدرس غروی، مرتضی و کارشکی، حسین (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش خشم مبتلایان به ضربه سر. مجله علمی پزشکی قانونی، ۲۰(۲)، ۴۵-۳۷.
- ریلی، پاتریک و شاپ شایر، مایکل (۱۳۹۲). مدیریت خشم بر اساس رویکرد شناختی رفتاری، ترجمه فرزاد نصیری، تهران: انتشارات ارجمند.
- سامانی، سیامک (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری. مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۱۳(۴)، ۳۶۵-۳۵۹.
- شریعتی، محمد ابراهیم؛ ایزدی خواه، زهرا؛ مولوی، حسین و صالحی، مهرداد (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی به شیوه شناختی- رفتاری با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خود کارآمدی افراد معتاد. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۴)، ۲۸۱-۲۷۹.
- فتحنی، کیهان و مهربابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۷). بررسی میزان افسردگی، هیجان خواهی، پرخاشگری، سبک های دلبستگی و تحصیلات والدین به عنوان پیش بینی وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر شهر اهواز. مطالعات تربیتی و روان شناسی، ۹(۲)، ۴۵-۲۳.
- قنواتی، سجاد علی و نیسی، عبدالکازم (۱۳۸۹). تأثیر مشاوره گروهی به شیوه های شناختی- رفتاری بر رفتارهای پرخاشگرانه کارکنان زن. یافته های نو در روانشناسی، ۵(۱۴)، ۷۷-۶۷.

کاظمینی، تکتم؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی؛ مدرس غروی، مرتضی و اسماعیلی زاده، مسعود (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش خشم و پرخاشگری رانندگی. *روانشناسی بالینی*، ۳(۲)، ۱۱-۱.

مک تاملار، سارا (۱۳۸۸). *مدیریت استرس*، ترجمه مسعود جان بزرگیو سپیده راجری، تهران: ارجمند، نسل فردا.

مومنی، فرشته؛ مشتاق بیدختی، نهاله و پورشهباز، عباس (۱۳۸۸). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش اشتیاق و بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در معترادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *اعتیاد پژوهی*، ۳(۱۱)، ۹۲-۸۳.

نقدی، هادی؛ ادیب راد، نسترن و نورانی پور، رحمت اله (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش هوش هیجانی بر پرخاشگری دانش‌آموزان پسر سال اول دبیرستان. *بهبود- فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۴(۱۳)، صص ۲۱۸-۲۱۱.

Barnes, T.N; Smith, S.N & Miller, M.D (2014). School-based cognitive-behavioral interventions in the treatment of aggression in the united state: A meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 19, 311-321.

Beck, R & Fernandez, E (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive therapy and research*, 22(1), 63-74.

Daunic, A.P; Smith, S.W; Brank, E.M & PenField, R.D (2006). Classroom-based cognitive-behavioral intervention to prevent aggression: Efficacy and social validity. *Journal of school psychology*, 44, 123-139.

Deffenbacher, J.L (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and behavioral practice*, 18, 212-221.

Diamond, P.M; Wang, E.W & Buffington-Vollum, a (2005). Factor structure of the Buss-Perry aggression questionnaire (BPAQ) with mentally ill male prisoners. *Criminal justice and behavior*, 32(5), 546-564.

Ebrahimi, Z; Sadri, M.A; Yosefvand, S; Feili, L & Piralikheir Abadi, M (2013). Training effects on aggression in female athletes solving strategies futsal course. *Annals of biological research*, 4(6), 260-264.

Fauziah, I; Mohamad, M.S; Chong, S.T & Abd manaf, A (2012). Substance abuse and aggressive behavior among adolescents. *Asian social science*, 9(8), 92-97.

Fung, A.L.C; Gerstein, L.H; Chan, Y & Hutchison, a (2013). Cognitive-behavioral group therapy for Hong Kong students that engage in bullying. *Revista de cercetare si interventie sociala*, 42, 68-84.

Gonzalez-Prendes, A.A (2007). Cognitive-behavioral treatment of men and anger: three single case studies. *Cognitive and behavioral practice*, 14, 185-197.

Gorenstein, E.E; Tager, F.A; Shapiro, P.A; Monk, C & Sloan, R.P (2007). Cognitive-behavioral therapy for reduction of persistent anger. *Cognitive and behavioral practice*, 41, 168-184.

Habil, M.H; Rashid, R.A; Hatim Sulaiman, A; Peters, H; Ahmad Zahari, M.M; Amer Nordin, A.S; Zakaria, H; Robson, N; Said, M.A; Ahmad Adham, A; Abdul Rahim, A & Abdul Kadir, R (2010). Substance abuse and violence behavior. *International journal of addiction sciences*, 1(1), 1-5.

Hoaken, P.N.S & Stewart, S.H.H (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive behaviors*, 28, 1533-1554.

Hofman, S; Asnaani, A; Vonk, I.J.J & sawyer, A.T (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analysis. *Cognitive therapy research*, 36(5), 427-440.

- Kaunitz, C; Andershed, A.K; Brannstrom, L& Smedslund, G (2010). *Aggression replacement training (ART) for reducing antisocial behavior in adolescents and adults*. Stockholm: national board of health and welfare.
- Kazemeini, T; Ghanbari-e-Hashem-Abadi, B.A & Safarzadeh, a (2013). Mindfulness based cognitive group therapy vs cognitive behavioral group therapy as a treatment for driving anger and aggression in iranian tax drivers. *Psychology*, 4(8), 638-644.
- Keane, R; Reaper-Roynolds, SH; Williams, J & Wolfe, E (2006). *Understanding substances and substance use*. Ireland: South western area health board.
- Lipsey, M.W; Landenberger, N.A & Wilson, S.J (2007). *Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders*. Center for evaluation research and methodology Vanderbilt institute for public policy studies, 1-27.
- Lundholm, L (2013). *Substance use and violence: influence of alcohol, illicit drugs and anabolic androgenic steroids on violent crime and self-directed violence*. Ph.D Unpublished Dissertations, Sweden: Uppsala univercitet.
- Marlatt, G.A & Range, B.P (2008). Cognitive-behavioral therapy for alcohol and drug use disorders. *Revista brasileira de psiquiatria*, 30(2), 588-595.
- Mc Guire, J (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philosophical transactions of the royal society B: Biological sciences*, 363, 2577-2597.
- Mchugh, R.K; Hearon, B.A & Otto, M.W (2010). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric clinics of North America*, 33(3), 511-525.
- Momeni, F; Moshtagh, N & Purshabbaz, a (2010). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on craving, depression & anxiety among the opiate abusers under MMT. *Iranian rehabilitation journal*, 8(11), 19-23.
- Naseri, A & Babakhani, N (2014). The effect of life skills training on physical and verbal aggression male delinquent adolescents marginalized in karaj. *Procedia-social behavioral sciences*, 116, 4875-4879.
- Ozabaci, N (2011). Cognitive behavioral therapy for violent behavior in children and adolescents: A meta-analysis. *Children and youth services review*, 33, 1989-1993.
- Qutaiba, a (2010). Cognitive-behavioral intervention in dealing with school violence among Arab Palestinian adolescents in Israel. *Procedia-social behavioral sciences*, 5, 1317-1325.
- Razaei, O; Eftekhari, M; Dolatshahi, B & Masafi, S (2014). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on anger management and quality of life improvement among opiate-dependent men. *International research journal of biological sciences*, 3(9), 1-7.
- Rose, J (2010). Career reports of the efficacy of cognitive behavioral interventions for anger. *Research in developmental disabilities*, 31, 1502-1508.
- Shokoohi-Yekta, M; Parand, A & Zamani, N (2010). Anger management instruction for mothers: a cognitive behavioral approach. *Procedia-social behavioral sciences*, 5, 1371-1375.
- Thigpen, M.L; Beauclair, T; Keiser, G.M; Guevara, M& Mestad, R (2007). *Cognitive-behavioral treatment: a review and discussion for corrections professionals*. Washington, D.C: U.S department of justice national institute of corrections.
- Valizadeh, S; Berdi Ozouni Davaji, R & Nikamal, M (2010). The effectiveness of anger management skills training on reduction of aggression in adolescents. *Procedia-social behavioral sciences*, 5, 1195-1199.