

# بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری مبتلایان به ضربه سر

سمیه رحیمی احمدآبادی،\* حمیدرضا آقامحمدیان شعراف\*\*، مرتضی مدرس غروی\*\*\*، حسین کارشکی\*\*\*\*

دریافت مقاله:

۹۱/۱۱/۱۵

پذیرش:

۱۳۹۲/۲/۲۵

## چکیده

**هدف:** از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری (CBT) در کاهش پرخاشگری افراد مبتلا به ضربه سر بود.

**روش:** طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. نمونه این پژوهش شامل ۱۶ نفر از مبتلایان به ضربه سر شهرستان مشهد را تشکیل دادند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان به شیوه تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول درمان شناختی-رفتاری را دریافت کردند و گروه دوم هیچگونه روان‌درمانی دریافت نکردند. هر دو گروه در سه مرحله زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه مورد سنجش قرار گرفتند. ابزار سنجش در این پژوهش عبارت بود از مقیاس پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (BPAQ) ۲. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که گروه آزمایش که درمان شناختی-رفتاری را دریافت کردند در مقایسه با گروه کنترل که هیچگونه روان‌درمانی دریافت نکردند از نظر میزان کاهش پرخاشگری تفاوت معنی‌داری داشتند. این یافته‌ها از لحاظ نظری و اهمیت آنها در مداخلات بالینی به بحث گذاشته شده‌اند.

**نتیجه‌گیری:** از نتایج پژوهش حاضر می‌توان در جهت ارزیابی و تشخیص معتبر و دقیق تر اثرات ضربه سر در مراکز پزشکی قانونی استفاده کرد و همچنین خدمات (CBT) را به این گروه از جمعیت بالینی به عنوان یک درمان غیر دارویی (NMT) موثر، کارآمد و مقرون به صرفه ارائه داد.

**کلید واژه‌ها:** گروه درمانی شناختی-رفتاری، پرخاشگری، ضربه سر

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول) Email: somaye.rahimi1390@yahoo.com

- این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی مؤلف مسئول می‌باشد.

\*\*استاد گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

\*\*\*استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

\*\*\*\*استادیار گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

## مقدمه

هیجان‌ها پدیده‌هایی ذهنی، زیستی، هدفمند و اجتماعی هستند. پدیده‌هایی فطری که در افراد مختلف در شرایط یکسانی بروز می‌کنند از جمله هیجان‌هایی که در زندگی همه افراد نقش مهم و مؤثری دارند، هیجان‌های خشم و پرخاشگری است. خشم به صورت یک حالت هیجانی درونی ناخوشایند با فراوانی و شدت متغیر تعریف می‌شود که غالباً با افکار و ادراکات نادرست، برانگیختگی جسمی و تمایل فزاینده برای انجام رفتارهای کلامی و یا حرکتی که از لحاظ فرهنگی ناپسند است، مشخص می‌شود (آوریل، ۱۹۸۳؛ کاسینو و ساخودولسکی، ۱۹۹۵). خشم معمولاً با یک محرک بیرونی شروع می‌شود و اغلب شامل یک جز سرزنش است (کاسینو و ساخودولسکی، ۱۹۹۷). افرادی که صفت خشم در آنها بالا است نسبت به افراد دیگر برای عصبانی شدن در برابر مجموعه گسترده‌ای از محرک‌ها آمادگی بیشتری دارند (اشپیل برگر، رهیرز و سیدمن، ۱۹۹۵). در حالی که ممکن است خشم توسط افرادی که آماج خشم واقع شده‌اند ناخوشایند تلقی شود، برای فرد عصبانی، پیامدهای خشم اغلب مثبت تلقی می‌شود (آوریل، ۱۹۸۳؛ کاسینو و ساخودولسکی، ۱۹۹۵). تجربه خشم تحت عنوان دو مولفه عمده مفهوم سازی شده است: حالت خشم و صفت خشم. حالت خشم، به عنوان یک وضع هیجانی روانی-زیستی با شرایط مشخص شده به وسیله احساسات درونی یا ذهنی تعریف شده که شدت آن می‌تواند از رنجش خفیف یا ناراحتی معمولی به خشم و غضب شدید تغییر کند. حالت خشم عموماً با تنش عضلانی و

برانگیختگی سیستم عصبی خود مختار و فعالیت غدد درون ریز همراه است. ولی در طول زمان بر اثر ادراک فرد از حمله یا تهدید غیر منصفانه از طرف دیگران یا ناکامی حاصل از موانع موجود در مقابل رفتار معطوف به هدف تغییر می‌کند. صفت خشم، بر حسب تفاوت‌های فردی، افراد در گرایش به ادراک دامنه وسیعی از موقعیت‌ها به عنوان موقعیت‌های آزاردهنده یا ناکام‌کننده و نیز تمایل به پاسخ دادن به این گونه موقعیت‌ها با تشدید حالت خشم، تعریف می‌شود. افرادی که نمره آنها در صفت خشم بالا است، در مقایسه با افراد دیگر، حالت خشم را در اغلب موقعیت‌ها و با شدت بیشتر تجربه می‌کنند (نویدی، ۱۳۸۵). همچنین، بیان و کنترل خشم در قالب چهار مولفه عمده مفهوم‌سازی شده است: برون‌ریزی یا بیان بیرونی خشم که شامل ابراز خشم نسبت به اشخاص دیگر یا اشیای موجود در محیط می‌شود؛ درون‌ریزی یا بیان درونی خشم که به جهت‌گیری خشم به درون شخص اشاره می‌کند و افرادی که در این مولفه نمره بالایی کسب می‌کنند ممکن است خشم را در درون خود نگه دارند یا احساسات خشم را سرکوب کنند؛ مهار برون‌ریزی یا کنترل بیرونی خشم بر اساس احساسات خشم به وسیله جلوگیری از بیان خشم نسبت به اشخاص دیگر یا اشیای پیرامون تعریف می‌شود؛ و بالاخره، مهار درون‌ریزی یا کنترل درونی خشم به کنترل سرکوب احساسات از طریق آرام شدن یا خونسرد بودن به هنگام خشمگین شدن، مربوط می‌شود (نویدی، ۱۳۸۵).

رفتارهای پرخاشگرانه ممکن است به شکل‌های مختلفی جلوه‌گر شود. باس و پری (۱۹۹۲)، معتقدند

پرخاشگری انسان دارای سه بعد (بعد ابزاری<sup>۱</sup>، عاطفی<sup>۲</sup> و شناختی<sup>۳</sup>) است: (۱) بعد ابزاری یا حرکتی: این بعد به شکل پرخاشگری کلامی و جسمانی نمایان می‌گردد و هدف اصلی آن آسیب رساندن به دیگران است (۲) بعد عاطفی و هیجانی: این بعد از پرخاشگری که به صورت خشم بروز می‌کند، عوامل و شرایط درونی ارگانیزم را برای برانگیختگی فیزیولوژیک و هیجانی آماده می‌سازد (۳) بعد شناختی: این عامل که خصومت نام دارد سبب ایجاد احساس غرض‌ورزی و کینه‌توزی نسبت به دیگران می‌شود (بکر، ۲۰۰۷).

بنابراین، رفتار پرخاشگرانه انسان در یک سازه کلی ریشه دارد. سازه‌ای که در سطح می‌تواند به صورت خشم، خصومت، پرخاشگری جسمانی و پرخاشگری کلامی نمایان گردد. این ابعاد پرخاشگری می‌تواند زمینه بروز انواع آسیب‌های جسمانی و روانشناختی را فراهم آورد. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که پرخاشگری از شاخص‌های مهم پاره‌ای از اختلالات روانی به مانند، اختلال سلوک و اختلال فزون‌کنشی (دری، توپین و فورتین، ۱۹۹۹، به نقل از کاظمینی، ۱۳۸۹)، اختلال شخصیت ضداجتماعی (ساخودولسکی و راجکین، ۲۰۰۴) و اختلالات خوردن (میوتو، پولینی، رستنیو و پرتی، ۲۰۰۸) به شمار می‌آید که از آن جمله می‌توان به خشم و پرخاشگری که از علائم شایع در مبتلایان به آسیب مغزی است، اشاره کرد. ارزیابی‌ها نشان داده‌اند که بالغ بر ۳۶ درصد افراد مبتلا به آسیب مغزی بروز احساس خشم و پرخاشگری را گزارش

1. instrumental
2. Emotional
3. Cognitive

نموده‌اند. هرچند در این زمینه اطلاعات کاملی ارائه نشده است (دمارک و جمین هاردت، ۲۰۰۱). آنتونک و همکاران (۱۹۹۳)، در بررسی نوشتارهای علمی مرتبط با سازگاری روانشناختی پس از ابتلا به آسیب مغزی دریافتند که این واکنش‌ها را می‌توان در هشت گروه عمده دسته‌بندی کرد: شوک، اضطراب، انکار، افسردگی، خشم درونی، خصومت برون‌سازی شده، تصدیق و سازگاری. جالب است بدانید که آنها طی تحقیقاتشان دریافتند که خشم شامل دو مقوله جداگانه است: (۱) خشم درونی (۲) خشم بیرونی. نشانه‌های خشم درونی عبارتند از: عداوت و دشمنی و رنجش خود جهت داده شده که اغلب با احساس گناه و سرزنش همراه است. نویسندگان پیشنهاد داده‌اند که این نوع از واکنش‌ها در افرادی که تصور می‌کنند شرایطشان دائمی است و به نوعی به دنبال عیب‌جویی از موقعیت خودشان هستند متداول‌تر است (آنتونک و همکاران، ۱۹۹۳). متناوباً، کسانی که دارای خشم بیرونی هستند رفتارهایی از قبیل بازدارندگی، بدخلقی، پرخاشگری، بی‌ثباتی عاطفی، بی‌اختیاری و تجاوز جنسی را از خود نشان می‌دهند. این افراد اغلب اینگونه تصور می‌کنند که دیگران آنها را به خاطر مشکلشان، سرزنش می‌کنند. در تبیین این مشکل می‌توان گفت که این تفاوت‌ها در بیان خشم ناشی از آسیب‌های عصبی است یا شرایط پیرامونی آسیب و یا سایر فاکتورها (آنتونک و همکاران، ۱۹۹۳). بر پایه مطالعات پاتریک و هبدا (۱۹۹۷)، این نقاط شامل، هیپوتالاموس، آمیگدال، سیتوم، لوب تمپورال قدامی و قشر پیشانی واقع در جلو استخوان پیشانی است. به ویژه در افرادی که از ناحیه لوب پیشین (شکنج پیشین مغز) دچار آسیب شده‌اند، این

فقدان کنترل به بروز رفتارهای پرتنشی مانند خشم و پرخاشگری منجر می‌گردد. به طور خلاصه، خشم و پرخاشگری از پدیده‌های شایع در افراد مبتلا به آسیب مغزی هستند و می‌توانند تحت تاثیر محیط درونی و بیرونی فرد باشند. افراد مبتلا به آسیب مغزی ممکن است در هنگام مواجهه با محرک‌های محیطی در کنترل خشم خود ناتوان باشند و بطور حتم تفسیر عینی از موقعیت نداشته باشند و کنترل خشم و پرخاشگری آنها می‌تواند بسیاری از مشکلات را حل نماید (پاتریک و هبدا، ۱۹۹۷).

عصبانیت و پرخاشگری عمدتاً بر اثر باورها و حرف‌هایی که درباره اتفاقات بد به خودمان می‌زنیم، وجود می‌آیند به همین دلیل وقتی عصبانی می‌شویم باید از خودمان پرسیم «آیا خودم عامل عصبانیت هستم یا دیگری؟» دیگران فقط می‌توانند با فعال کردن یا تحریک باورهای نامعقول خود، ماشه عصبانیت را بچکانند. با ریشه کن کردن باورها و گفتگوهای نامعقول خود، عصبانیت‌تان را کم کنید. تا زمانیکه معتقدید دیگران عامل عصبانیت‌تان هستند، نمی‌توانید عصبانیت را کنترل کنید (کلارک، ۱۳۸۹).

به همین دلیل یکی از رویکردهای درمانی موفق در کنترل و کاهش رفتار پرخاشگری و خشم، رویکرد شناختی - رفتاری است (نواکو، ۱۹۸۶). تحقیقات متعددی اثربخشی شیوه شناختی - رفتاری را در کاهش خشم و پرخاشگری تأیید کرده‌اند (هازالوس و دفنباخر، ۱۹۸۶؛ ایلس، ۱۹۹۸؛ شکیبایی، تهرانی دوست، شهریور و آثاری، ۱۳۸۳؛ حاجتی، اکبرزاده و خسروی ۱۳۸۷؛ صادقی، احمدی، عابدی، ۱۳۸۱).

در این رویکرد اساس کاهش پرخاشگری بر بازسازی شناختی و کنترل خشم استوار است (نواکو،

۲۰۱۳). لذا با توجه به اینکه خشم و پرخاشگری بهداشت روانی فرد را در جامعه به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد و تحقیقات کمی در جمعیت ضربه سر صورت گرفته است، هدف این مطالعه بررسی کارایی و اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش پرخاشگری مبتلایان به ضربه سر می‌باشد.

## روش

پژوهش حاضر، جزء دسته پژوهش‌های کاربردی و از نوع شبه آزمایشی، دارای طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد. متغیر مستقل در این پژوهش روان‌درمانی شناختی<sup>۱</sup> رفتاری به شیوه گروهی می‌باشد که گروه آزمایش تحت تاثیر این متغیر قرار گرفت اما گروه کنترل هیچ نوع روان‌درمانی دریافت نکرد. متغیر وابسته در این پژوهش عبارت است از: میزان پرخاشگری در افراد مبتلا به ضربه سر که قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل و همچنین بعد از یک ماه پیگیری، بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل توسط پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (BPAQ) مورد ارزیابی و تغییرات آنها سنجیده شد. جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، تمامی افراد مبتلا به ضربه سر بستری در بخش جراحی مغز و اعصاب بیمارستان امداد و بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد در سال ۹۰-۸۹ را تشکیل دادند که پس از ترخیص به پزشکی قانونی خراسان رضوی از طریق دادگستری ارجاع و توسط روانپزشک مرکز، معاینه و تشخیص سایر اختلالات همراه با پرخاشگری را دریافت کردند. تمامی این

افراد دچار آسیب مغزی شده و از هوشیاری مختل در زمان بستری برخوردار بودند، به طوری که قادر به شناسایی زمان، مکان و شخص نبودند و از فاصله ضربه تا آزمون اولیه حدوداً شش ماه تا یک سال با توجه به اشاره کاپلان - سادوک مبنی بر طول دوره بهبودی و ثابت شدن علایم در افراد مبتلا به ضربه سر، گذشته بود. از جامعه فوق‌الذکر، ۲۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. لازم به ذکر است تمامی این افراد مرد و دارای شغل آزاد بودند که در محدود سنی ۳۷-۱۸ قرار داشتند. سپس با استفاده از روش گمارش تصادفی این ۲۰ نفر در دو گروه ۱۰ نفری قرار گرفتند. به طوری که یک گروه روش درمان شناختی رفتاری را دریافت کرد و گروه دیگر به عنوان گروه کنترل در پژوهش شرکت داشت. همچنین باید یادآور شد که با دو نفر ریزش در هر گروه، حجم آزمودنی‌های هر گروه به ۸ نفر تقلیل یافت. درباره روش اجرای پژوهش باید گفت که گروه آزمایش با تعداد ۸ نفر توسط یک درمانگر زن آغاز بکار کرد. تعداد جلسات ۶ جلسه ی ۱۲۰ دقیقه‌ای (دوساعت) بود که در کلینیک روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد تشکیل شد. در این کلینیک صندلی‌ها به صورت گرد چیده شدند بطوری که امکان دیده شدن تمامی اعضا و درمانگر فراهم شود، برای بیان مطالب آموزشی و درمانی از وایت برد توسط درمانگر برای کمک به فهم اعضای گروه استفاده شد. در جلسه اول تست پرخاشگری باس و پری در اختیار آزمودنی‌های گروه آزمایش قرار گرفت. در این جلسه در مورد قوانین و فرایند گروه، ماهیت تعاملی

سه سیستم تفکر، رفتار و فیزیولوژی، تمثیل قدیس و تمثیل چمدان صحبت شد؛ در پایان گروه تمرین آرمیدگی تخیلی هدایت شده (ریلکسیشن - آرام سازی) انجام شد. در جلسه دوم به بازنگری تکالیف، ابعاد اصلی نظریه‌های خشم، افکار خودآیند و چگونگی شناسایی این خطاهای فکری، همچنین مقاومت‌های احتمالی در مقابل درمان و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت‌ها، پرداخته شد. در جلسه سوم، علاوه بر بازنگری تکالیف و بحث و سئوالات، پیامدهای رفتاری و هیجانی افکار، طحوااره ها با استفاده از روش پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعضای گروه در بکار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسای طحوااره های منفی خود با آن روبرو می‌شوند، مطرح شد. محتوای جلسه چهارم شامل فهرست اصلی باورها، نقشه شناختی، رتبه‌بندی، تحلیل عینی، تحلیل سودمندی و تحلیل همسانی و در جلسه پنجم، موضوعات تحلیل منطقی، تهیه سلسله مراتب خشم، باور مخالف و تغییر ادراکی مطرح شدند. در نهایت در جلسه ششم در مورد روش‌های تنبیه و خودپاداش دهی، راهبردهای نگهدارنده صحبت شد و در پایان جلسه تست‌های مرحله پس آزمون که در اولین جلسه اجرا شده بودند، توسط اعضای گروه تکمیل شدند و زمانی برای جلسه پیگیری یک ماهه با هماهنگی اعضا تعیین شد. لازم بذکر است که در همه جلسات تکالیف خانگی به اعضای گروه ارایه شد. در گروه کنترل، انجام آزمون‌ها، نحوه انتخاب و گمارش اعضای گروه همانند گروه آزمایش در نظر گرفته شد ولی اعضای گروه هیچگونه روان‌درمانی دریافت نکردند. در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی

به منظور سازمان‌دهی اطلاعات کمی بدست آمده از پرسشنامه استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل استنباطی فرضیه پژوهش نیز از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

## ابزار

### پرسشنامه پرخاشگری باس و پری

این پرسشنامه توسط باس و پری در سال (۱۹۹۲) ساخته شده است و دارای ۲۹ پرسش است و چهار عامل پرخاشگری کلامی (۵ پرسش)، پرخاشگری جسمانی (۹ پرسش)، خشم (۷ پرسش)، و خصومت (۸ پرسش) را مورد سنجش قرار می‌دهد. شیوه نمره‌گذاری براساس مقیاس لیکرت از ۱ (کاملاً) خلاف خصوصیات من است) تا ۵ (کاملاً گویای خصوصیات من است)، می‌باشد. نمره سوالات ۲۴ و ۲۹ معکوس است. نمره کل عبارت از مجموع نمرات کل سوالات و دامنه آن از ۲۹ تا ۱۴۵ است. نمرات بالا نشانه پرخاشگری بیشتر است. در پژوهش محمدی، اعتبار پرسشنامه پرخاشگری از سه روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و تنصیف، مورد تحلیل قرار گرفت که به ترتیب ضرایب  $0.89$ ،  $0.78$  و  $0.73$  بدست آمد. روایی این پرسشنامه نیز، از راه شاخص روایی همگرا همزمان و تحلیل عوامل مورد بررسی قرار گرفت (محمدی، ۱۳۸۶). روایی همگرای پرسشنامه پرخاشگری با محاسبه ضریب همبستگی زیر مقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل پرسشنامه، تایید شد که این ضرایب میان  $0.37$  تا  $0.78$  متغیر و معنادار بودند ( $p < 0.1$ ) روایی

همزمان نیز با به کارگیری مقیاس آسیب روانی عمومی، برآورد شد که ضریب همبستگی ( $0.34$ ) میان پرسشنامه پرخاشگری و آسیب روانی عمومی معنادار بود ( $p < 0.01$ ).

## یافته‌ها

هدف از تحقیق حاضر مقایسه میزان اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش پرخاشگری مبتلایان به ضربه سر در شهرستان مشهد است. برای سازمان‌دهی اطلاعات بدست آمده در طول تحقیق از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید و نتایج حاصله در جداول زیر مشاهده می‌گردد. در این قسمت ویژگی‌های آزمودنی‌های دو گروه نظیر سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و سن ارائه می‌شود.

جدول ۱. فراوانی و درصد آزمودنی‌های دو گروه به

تفکیک سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سیکل	۳	۳۷/۵	۴	۵۰
دیپلم	۳	۳۷/۵	۲	۲۵
فوق دیپلم	۱	۱۲/۵	۰	۰
لیسانس	۱	۱۲/۵	۲	۲۵
کل	۸	۱۰۰	۸	۱۰۰

بر اساس نتایج جدول ۱ برای گروه آزمایش بیشترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات سیکل و دیپلم است و در گروه کنترل مربوط به سطح تحصیلات سیکل می‌باشد.

میانگین و انحراف معیار عملکرد آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل در پرسشنامه پرخاشگری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه می‌گردد.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات پرخاشگری آزمودنی‌های دو گروه

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۱۱۰/۷۵	۹/۳۹	۱۰۵/۸۷	۱۲/۰۴
پس‌آزمون	۷۳/۸۷	۱۶/۶۱	۱۰۶/۵۰	۱۱/۸۲
پیگیری	۶۶/۱۲	۰/۸۳	۱۰۶/۶۲	۱۲/۳۰

بر اساس نتایج جدول ۴ بیشترین میانگین نمرات پرخاشگری (۱۱۰/۷۵) مربوط به آزمودنی‌های گروه آزمایش در پیش‌آزمون بوده و همچنین کمترین میانگین نمرات پرخاشگری (۶۶/۱۲) نیز مربوط به آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیگیری می‌باشد.

جدول ۵: فراوانی و درصد آزمودنی‌های دو گروه به تفکیک وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مجرد	۳	۳۷/۵	۴	۵۰
متأهل	۵	۶۲/۵	۴	۵۰
کل	۸	۱۰۰	۸	۱۰۰

بر اساس نتایج جدول ۲ برای گروه آزمایش ۵ نفر متأهل و ۳ نفر مجرد در حالی که برای گروه کنترل ۴ نفر مجرد و ۴ نفر متأهل بودند.

جدول ۳. شاخص‌های آمار توصیفی سن آزمودنی‌های دو گروه

سن	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
آزمایش	۲۷/۸۷	۶/۳۱	۱۸	۳۶
کنترل	۲۷	۶/۱۴	۱۸	۳۷

بر اساس نتایج جدول ۳ میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های گروه آزمایش به ترتیب ۲۷/۸۷ و ۶/۳۱ و در گروه کنترل به ترتیب ۲۷ و ۶/۱۴ می‌باشد.

در این بخش شاخص‌های آمار توصیفی نظیر

جدول ۵. نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مربوط به پرخاشگری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر
گروه	۲۰۷۰/۲۵	۱	۲۰۷۰/۲۵	۲۱/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰
خطا	۱۳۷۳/۷۲	۱۴	۹۸/۱۲			

نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر بین گروهی در میزان پرخاشگری معنادار است ( $F(1,14) = 21.09$ )، به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پرخاشگری تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که میانگین نمرات پرخاشگری

پرخاشگری معنادار است ( $\eta^2 = 0.60$ )،  $p < 0.001$

افرادی که درمان شناختی رفتاری را دریافت کرده‌اند به طور معناداری کمتر از میانگین نمرات پرخاشگری آزمودنی‌های گروه کنترل است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش‌ها در استراتژی مدیریت پرخاشگری برای عموم مردمی که با این مشکل مواجه‌اند، نشان می‌دهد که روش‌های مختلف به افراد اجازه می‌دهد که بر پرخاشگری‌شان کنترل داشته باشند. اکنون افراد مبتلا به آسیب مغزی نسبت به توانایی‌شان در یادگیری و توسعه روش‌های جدید زندگی‌شان آگاه هستند و دلایلی وجود دارد که باور کنند آنها هم می‌توانند یاد بگیرند که خشم و پرخاشگری خود را کنترل کنند و رفتار مقبول اجتماعی از خودشان ابراز کنند. به همین دلیل، به نظر می‌رسد که درمان گروهی برای این افراد روش بالقوه مفیدی است که به بهبود آنها کمک می‌کند و به آنها اجازه می‌دهد تا افرادی را مشاهده کنند که دشواری‌های مشابهی را تجربه کرده‌اند و یک شانس مطمئن جهت گسترش و تمرین مهارت‌های جدیدشان فراهم کنند. لذا مطالعه حاضر، از مطالعاتی است که به بررسی مداخلات موثر در کنترل پرخاشگری در افراد مبتلا به ضربه سر پرداخته است و نتایج اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری را در کاهش پرخاشگری در یک نمونه متشکل از افراد آسیب مغزی نشان می‌دهد که همسو با نتایج تحقیقات ساخودولسکی و همکارانش (۲۰۰۱)، دفنباخر و همکارانش (b ۲۰۰۲)، بوده که نشان دادند درمان شناختی-رفتاری در کاهش پرخاشگری رانندگی موثر است، اشاره کرد. به علاوه، پژوهش پولیزی (۲۰۰۷) نیز نشان داده

است که ذهن آگاهی رفتارهای پرخاشگرانه رانندگی را کاهش می‌دهد. صادقی و همکارانش (۱۳۸۱)، در بررسی اثربخشی آموزش گروهی مهار خشم؛ به شیوه عقلانی- رفتاری - عاطفی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر دبیرستان شهر اصفهان با نمونه ۲۴ نفری، در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) نشان دادند که آموزش گروهی مهار خشم رفتار پرخاشگری دانش‌آموزان را به طور معناداری کاهش داده است. حاجتی و همکارانش (۱۳۸۷)، در بررسی تأثیر آموزش برنامه ترکیبی درمان شناختی رفتاری با رویکرد مثبت‌گرایی بر پیشگیری از خشونت نوجوانان شهر تهران در نمونه مقدماتی از ۲۰۰ نوجوان دختر و پسر ۱۳-۱۴ ساله، ۴۸ نفر از آنان که در پرسشنامه سنجش پرخاشگری بالاترین نمره و در پرسشنامه کنترل خشم کمترین نمره را داشتند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. نتایج نشان داد که آموزش برنامه ترکیبی درمان شناختی رفتاری، با رویکرد مثبت‌گرایی بر کاهش میزان پرخاشگری نوجوانان و افزایش مهارت کنترل خشم در آنان مؤثر بوده است. همچنین میزان پرخاشگری پسران به طور معناداری از پرخاشگری دختران بالاتر بود. در تبیین کاهش پرخاشگری در رویکرد شناختی-رفتاری می‌توان به این موارد اشاره کرد: اول اینکه، اساس شناختی درمان شناختی- رفتاری نظریه بک است و از دیدگاه بک، در آسیب شناسی روانی «شناخت» نقش اصلی را دارد. او معتقد است که جنبه‌های دیگر مانند جنبه‌های عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیک برخاسته از این جنبه است (قاسم زاده، ۱۳۸۷). همچنین بک (۱۹۷۵)، اعتقاد دارد که درمان را باید از



می‌دهد. در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش خشم و پرخاشگری می‌توان گفت که خشم و پرخاشگری عموماً از تنش عضلانی و برانگیختگی سیستم عصبی خودمختار و فعالیت غدد درون‌ریز و باورهای غیرمنطقی درباره دیگران ناشی می‌شود و این رویکرد درمانی از طریق کاهش افکار خودآیند 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 و پرخاشگری در افراد مبتلا به ترومای ضربه سر می‌شود. در حالیکه به نظر سد این مطالعه اولین پیشینه پژوهشی در زمینه کاهش پرخاشگری در افراد مبتلا به ضربه سر در ایران باشد برای درک بهتر مکانیسم اثر این مداخله به پژوهش‌های دیگر نیاز است.

سطح افکار خودآیند آغاز کرد و در این مطالعه بیشتر بر شناسایی افکار خودآیند منفی، خطاهای منطقی و باورهای اصلی منفی و تکنیک‌های رفتاری و آرام‌سازی تاکید شده است و تغییر شناختی در آنها به این صورت ایجاد می‌شود که به افراد مهارت‌های تفکر منطقی‌تر آموخته می‌شود و افراد می‌آموزند که آگاهانه با افکار منفی خود مخالفت کنند (فری، ۱۳۸۴). و همچنین می‌توان به نتایج تحقیقات انصاری، برجعلی، احدی و حسینی‌المدنی (۱۳۸۷) در یک مطالعه در مورد اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی (CBT) بر کاهش خشم دانشجویان اشاره کرد که نشان دادند درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش خشم (بصورت کلی) تأثیر دارد. آنها همچنین دریافتند که این رویکرد درمانی خشم حالت، خشم صفت و فراوانی ابراز خشم را کاهش

## منابع

- انصاری، مجتبی؛ برجعلی، احمد؛ احدی، حسن و حسینی‌المدنی، سیدعلی (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری (CBT) گروهی بر کاهش خشم دانشجویان. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه شیراز.
- حاجتی، فرشته السادات، اکبرزاده، نسرین و خسروی، زهره (۱۳۸۷). تأثیر آموزش برنامه ترکیبی درمان‌شناختی رفتاری با رویکرد مثبت‌گرایی بر پیشگیری از خشونت نوجوانان شهر تهران. فصلنامه مطالعات روانشناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی الزهراء، دوره ۴، شماره ۳، ۵۷-۷۸.
- شکیبایی، فرشته؛ تهرانی دولت، مهدی؛ شهریور، زهرا و آثاری، شروین (۱۳۸۳). گروه درمانی مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری در نوجوانان مؤسسه‌ای. تازه‌های علوم شناختی، سال ۶، شماره ۱ و ۲، ۵۵-۶۶.
- صادقی، احمد؛ احمدی، سیداحمد و عابدی، محمدرضا (۱۳۸۱). بررسی اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های خشم به شیوه عقلانی - رفتاری - عاطفی بر کاهش پرخاشگری. مجله روانشناسی ۲۱، سال ششم، شماره ۵۲-۶۱.
- فری، مایکل (۱۳۸۲). شناخت درمانی گروهی. ترجمه: علی صاحبی، حسن حمیدپور و زهرا اندوز، مشهد: جهاد دانشگاهی مشهد، چاپ اول (سال انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۹).
- قاسم زاده، حبیب الله (۱۳۷۸). شناخت و عاطفه (جنبه‌های بالینی و اجتماعی)، تهران: فرهنگان.
- قاسم‌زاده، حبیب‌اله (۱۳۸۵). رفتار درمانی شناختی (راهنمای کاربردی در درمان اختلالات روانی)، تهران: ارجمند.
- کازمینی، تکتم (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش خشم و پرخاشگری رانندگی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

- کلارک، لین (۱۳۸۹). درمانگاه احساسات (راهنمای مدیریت اضطراب، عصبانیت و افسردگی). ترجمه: مهرداد فیروزبخت. تهران: ویرایش.
- محمدی، نوراله. (۱۳۸۶). بررسی مقدماتی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، دوره بیست و پنجم، شماره چهارم، زمستان ۸۵.
- Antonak, R. F., Livens, H. and Antonak, C. (1993). A review of research on psychosocial adjustment to impairment in persons with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 8:87- 100.
- Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: implications for theories of emotions. *American psychologist*, 38, 1145-1160.
- Beck, A. T. (197 ). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (New York, NY: International Universities Press).
- Becker, G. (2007). The Buss-Perry Aggression Questionnaire: Some unfinished business. *Journal of research in personality*. Volume 41, Issue 2 April 2007, Pages 434-752.
- Buss, A.H., Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *J Peers Sock Psychology* 63: 452-459.
- Deffenbacher, J. L., Filets, L.B., Lynch, R.S, Daylen, E.R & Denting, E. R. (2002b). Cognitive-behavioral treatment of high anger drivers. *Behavior Research and Therapy*, 40, 895-910.
- Deffenbacher, J. L., Huff, M. E., Lynch, R. S., Outing, E. R., & Salvatore, N. F. (2000).
- Derry, M.; Trouping, J.; Pause, R.; Mercier, H. & Fortin, (1999). Neuropsychological characteristics of adolescents with conduct disorder: association with attention deficit hyperactivity and aggression. *Journal of abnormal child psychology*. 27 (3), 225.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1998). The practice of rational emotive behavior therapy (2nd Ed.). New York: Springer. Expression of inappropriate anger. *Psychological Reports*, 34: 791-798, 1974.
- Hazeleus, S. L. and Deffenbacher, J. L. (1986). Relaxation and cognitive treatments of anger. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 54: 222± 226.
- Kassinove, H. and Sukhodolsky, D. G. (1995). Anger disorders: basic science and practice issues. In: H. Kassinove (editor) *Anger Disorders: definition, diagnosis, and treatment* (Washington, DC: Taylor & Francis), pp. 1- 26.
- Kassinove, H., Sukhodolsky, D., Tsytsarev, S. V. & Solovyova, S. (199 ). Self-reported anger episodes in Russia. *Journal of social behavior and personality*, 12, 301-304.
- Miotto, P.; Pollini, B.; Restaneo, A.; Favaretto, A.A. & Preti, A. (2008). Aggressiveness, anger and hostility in eating disorders comprehensive psychiatry, 49, 364-373.
- Novaco, R. W. (1986). Anger as clinical and social problems. In, Blanchard, R. J. & Blanchard, D. C. *Advances in the study of aggression*. New York: Academic press.
- Novaco, R. W. (2013). Reducing anger-related offending: What works. In L. Craig, L. Dixon, & T. Gannon (Eds.). *What works in Offender rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Patrick, P. D. and Hebda, D. W. (1997).
- محی‌الدین بناب، مهدی (۱۳۷۵). روان‌شناسی انگیزش و هیجان. تهران: دانا.
- نویدی، احمد (۱۳۸۵). تاثیر آموزش مدیریت خشم بر مهارت‌های خود‌نظم‌دهی خشم، سازگاری و سلامت عمومی پسران دوره متوسطه شهر تهران. رساله دکتری دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

- Management of aggression. In: J. Leon-Carrion (editor) *Neuropsychological Rehabilitation: fundamentals, innovations, and directions* (Delray Beach: St Lucie Press), pp. 431± 451.
- Polizzi, T. N. (2007). *An Examination of Mindfulness-Based cognitive therapy for Anger Drivers*. Unpublished doctoral dissertation, Hofstra University, New York.
- Spiel Berger, C. D., Releaser, E. C., & Sydeman, S. Y. (1995). Measuring the experience, expression, and control of anger. In H. Kassiove (Ed), *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment* (pp.49-68). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Sukhodolsky, D. G.; Kassiove, H. & Gorman, B. S. (2001). Cognitive behavioral therapy for anger in children and adolescent: A meta-analysis: *Aggression and violent behavior*, 9, 247-269.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی