

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۰۲/۳۱
تاریخ بررسی مقاله: ۹۱/۰۸/۰۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۱۱

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۳
دوره‌ی چهارم، سال ۲۱-۳، شماره‌ی ۱، پیاپی ۱۱
ص:ص: ۲۰۲-۱۸۷

تأثیر گروه درمانی شناختی به روش مایکل فری در کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر دبیرستانی

مهدی امیدیان*

علی‌اکبر شریفی**

مهناز علی‌اکبری دهکردی***

چکیده

هدف از این مطالعه تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی با پروتکل مایکل فری بر کاهش پرخاشگری در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی است. روش این پژوهش یک مطالعه آزمایشی با گروه کنترل است با استفاده از پرسشنامه پرخاشگری، دانش‌آموزان پرخاشگر مشخص گردیدند؛ تعداد ۲۰ نفر از این دانش‌آموزان به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه ۱۰ نفره آزمایشی و گروه کنترل، گمارده شدند. سپس برنامه‌ی شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری به مدت ۱۲ جلسه بر روی اعضای گروه آزمایشی اجرا شد. پس از پایان مداخله‌ی درمانی و یک ماه بعد، دوباره تست پرخاشگری از هر دو گروه اخذ شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که گروه درمانی شناختی، به طور قابل توجهی رفتارهای پرخاشگرانه دانش‌آموزان را کاهش می‌دهد. همچنین اثر آموزش تا زمان پیگیری باقی ماند. گروه درمانی شناختی به روش مایکل فری منجر به کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان می‌گردد.

کلید واژگان: پرخاشگری، آموزش کنترل خشم، روش مایکل فری، دانش‌آموزان

* کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور مرکز تهران

** مربی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، صندوق پستی ۳۶۹۷-۱۹۳۹۵ تهران، ایران (نویسنده مسئول)

aliakbarsharifi@pnu.ac.ir

*** استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، صندوق پستی ۳۶۹۷-۱۹۳۹۵ تهران، ایران

مقدمه

همه روزه در مدارس نوجوانانی مشاهده می‌شوند که به علت دعوا و رفتارهای پرخاشگرانه تنبیه می‌شوند و با عکس‌العمل اولیای مدرسه مواجه می‌گردند. نوجوانان پرخاشگر معمولاً قدرت کنترل خود را ندارند و رسوم و اخلاق جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند را زیر پا می‌گذارند، در اغلب موارد والدین و اولیای مدارس با آنها درگیری پیدا می‌کنند و رفتار آنها گاهی به حدی باعث آزار و اذیت اطرافیان می‌شود که به اخراج آنها از مدرسه می‌انجامد. پرخاشگری معطوف به یک سن و دوره خاص نیست، پرخاشگری و خشونت از سنین خردسالی وجود داشته و در طول زمان تداوم یافته و در نوجوانی و بزرگسالی ادامه می‌یابد. (شاور و میکولینکر^۱، ۲۰۱۱). تحقیقات نشان می‌دهند که بیشترین بروز و شیوع پرخاشگری در سنین نوجوانی است. در یک زمینه‌یابی در دانش‌آموزان دبیرستانی آمریکا معلوم شد که ۲۸ درصد پسرها و ۷ درصد از دخترها در طول یک ماه مطالعه، در نزاع فیزیکی درگیر بوده‌اند. (سادوک، سادوک، رویز و کاپلان^۲، ۲۰۰۹). در ایران نیز، یک مطالعه نشان می‌دهد که ۴۰ درصد از نوجوانان در حد متوسط و ۳۳/۵ درصد در حد کم تمایل به پرخاشگری دارند (گلچین، ۱۳۸۱).

خشم بخش طبیعی از تجربه انسان است. سیستم عصبی انسان برای تجربه خشم برنامه‌ریزی شده است و به نظر بسیاری از نظریه‌پردازان، خشم یکی از هیجانات اولیه و اصلی انسان است (ماین و آمبروس^۳، ۲۰۰۴). شاختر و سینگر^۴ (۱۹۶۲) بر نقش شناخت در بروز حالت‌های هیجانی تأکید می‌ورزند و معتقدند که شناخت و تحریک با هم و به صورت وحدت یافته منجر به بروز رفتارهای هیجانی می‌گردند، هر چند هر یک از آنها می‌تواند به صورت مستقل وجود داشته باشد. فرایندهای فطری، عصب‌شناختی، هورمونی، و سایر فرایندهای فیزیولوژیک قطعاً در تجربه و بیان خشم دخالت دارند. با این وجود، خشم از تعامل همگرا چند عامل به وجود می‌آید (الف) یک یا چند رویداد تحریک کننده، (ب) حالت خلقی

- 1- Shaver & Mikulincer
- 2- Sadock, Sadock, Ruiz, & Kaplan
- 3- Mayne & Ambrose
- 4- Schachter & Singer

و فرایندهای شناختی زودگذر و یا پایدار شخص پیش از خشم و (ج) ارزیابی منبع تحریک کننده خشم و منابع مقابله خود (لازاروس^۱، ۱۹۹۱). رویدادها مورد پردازش و ارزیابی، واکنش‌های شناختی، عاطفی، فیزیولوژیکی و رفتاری را بر می‌انگیزانند. هم‌آیندی این واکنش‌ها اغلب متقابلاً بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و همدیگر را تقویت می‌کنند (دفنباخر و مک کی^۲، ۲۰۰۰). لازاروس (۱۹۹۱) معتقد است که ارزیابی محرک برای پدید آیی هیجانی ضروری است و کلیه محرک‌های هیجانی پیش از این که منجر به پاسخ‌های هیجانی شوند، در مراکز عالی مغز مورد ارزیابی قرار می‌گیرند و پس از آن که برای محرک هیجانی، پاسخ مناسب تشخیص داده شد، از طریق تالاموس و هیپوتالاموس به تحریک هیجانی، پاسخ هیجانی لازم داده می‌شود. پس از ظهور پاسخ هیجانی، مراکز عالی مغز مجدداً به ارزیابی می‌پردازد. لازاروس معتقد است که تصور هیجان بدون شناخت، کار بسیار دشواری است؛ و هیجان‌ها بدون شناخت قبلی و تعبیر و تفسیر محرک‌ها امکان‌پذیر نیستند (جین^۳، ۲۰۰۱).

آنچه که باعث توجه محققان به رفتار پرخاشگرانه شده است اثرات نامطلوب آن بر رفتار بین فردی و همچنین اثر ناخوشایند آن بر حالات درونی و روانی افراد است. عدم کنترل رفتارهای پرخاشگرانه علاوه بر اینکه می‌تواند باعث ایجاد مشکلات بین فردی، جرم، بزه و تجاوز به حقوق دیگران شود، می‌تواند درون‌ریزی شده و باعث انواع مشکلات جسمانی و روانی از جمله زخم معده، سردردهای میگرنی و افسردگی گردد (الیس و مک‌لارن^۴، ۲۰۰۵، ترجمه: فیروزبخت، ۱۳۸۵).

پیشینه تحقیقات مختلف حاکی از این است که مداخلات شناختی در درمان افسردگی (منیکاواسگار، پارکر و پریچ^۵، ۲۰۱۱) سندروم روده تحریک‌پذیر (بلنچارد^۶ و همکاران، ۲۰۰۷) در مشکلات رفتاری جوانان و نوجوانان (فلانگان، آلن و هنری^۷، ۲۰۱۰؛ بیت، هوگارد، هکشر

- 1- Lazarus
- 2- Deffenbacher & Mckay
- 3- Geen
- 4- Ellis & Maclaren
- 5- Manicavasgar, Parker, & Perich
- 6- Blanchard
- 7- Flanagan, Allen, & Henry

و رسنبرگ^۱، ۲۰۱۰؛ گته^۲، ۲۰۰۹؛ همپل و پیترمن^۳، ۲۰۰۸؛ الیس و مک‌لارن، ۱۳۸۵؛ سادوک و همکاران، ۲۰۰۹؛ رافضی، ۱۳۸۳؛ شکیبایی، ۱۳۸۳) مدیریت خشم (مورلند^۴ و همکاران، ۲۰۱۱؛ ساخودولسکی، کاسینو و گورمن^۵، ۲۰۰۴) در بیماران روانی (حس و کلینگرگ^۶، ۲۰۱۱) در مورد مشکلات دانشجویان (هامدان - منصور، پوسکر، و بندک^۷، ۲۰۰۹؛ لیم^۸ و همکاران، ۲۰۱۰) در مورد مشکلات زندانیان (مالتزکای و استینهاوزر^۹، ۲۰۰۲؛ جلالی تهرانی^{۱۰}، ۱۹۹۶؛ نعمتی، ۱۳۸۸؛ کهریزی، ۱۳۸۸؛ امیدیان، ۱۳۹۰) و در مورد معتادان وابسته به کوکائین (المستید، استرو، و کارل^{۱۱}، ۲۰۱۰؛ ودل، املکمپ، و سچپیرس^{۱۲}، ۲۰۰۸) می‌تواند به تغییرات معناداری منجر شود. هرچند در مورد اثر بخشی گروه درمانی شناختی در بهبود اختلالات رفتاری و روان‌شناختی و گروه درمانی شناختی رفتاری در درمان پرخاشگری (پیترمن^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۷؛ ساخودولسکی، کاسینو و گورمن، ۲۰۰۴؛ بک و فرناندز^{۱۴}، ۱۹۹۸)، تحقیقات فراوانی وجود دارد ولی در مورد کاربرد گروه درمانی شناختی برای کاهش پرخاشگری تحقیقات کمی صورت گرفته است. تنها یک پژوهش در ایران در این زمینه توسط خونساری (۱۳۸۷) صورت گرفته است در این پژوهش، تأثیر گروه درمانی شناختی بر کاهش پرخاشگری دانشجویان دختر مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج نشان داده است که این روش می‌تواند به طور معناداری پرخاشگری را کاهش دهد.

به استناد تحقیقات مختلف که نشان می‌دهند مداخلات رفتاری شناختی بالاخص به

- 1- Piet, Hougaard, Hecksher, & Rosenberg
- 2- Gotoh
- 3- Hample & Peterman
- 4- Morland
- 5- Sukhodolsky, Kassinove, & Gorman
- 6- Hesse & Klingberg
- 7- HamdanMansour, Puskar, & Bandak
- 8- Lim
- 9- Maletzky & Steinhauser
- 10- Jalali-Tehrani
- 11- Olmstead, Ostrow, & Carroll
- 12- Vedel, Emmelkamp, & Schippers
- 13- Petermann
- 14- Beck & Fernandez

صورت گروهی می‌تواند به تغییرات معناداری در افراد مختلف منجر شود و از آنجا که شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری در ایران کمتر مورد توجه قرار گرفته است، لذا پژوهش حاضر اثر بخشی این شیوه درمانی را در کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان مورد پژوهش قرار می‌دهد و به این سؤال اساسی پاسخ دهد که آیا شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری بر کاهش پرخاشگری پسران دبیرستانی موثر است؟

روش

در این پژوهش از روش تحقیق تجربی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است.

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهرستان اردل استان چهارمحال و بختیاری در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای می‌باشد، به این طریق که از بین دبیرستان‌های دولتی پسرانه شهر اردل یک آموزشگاه انتخاب گردید و سپس بین چهار کلاس موجود (۱۱۶ نفر)، آزمون پرخاشگری اجرا شد. از بین کسانی که در آزمون پرخاشگری نمره بالاتر از میانگین (نقطه برش ۴۵) کسب کرده بودند به صورت تصادفی ساده ۲۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه کنترل انتخاب گردیدند. میانگین و انحراف استاندارد سن نمونه مورد پژوهش به ترتیب ۱۶/۳۵ و ۲/۲۳ بود. از نظر وضعیت اقتصادی، ۷۰ درصد از شرکت‌کنندگان، وضعیت مالی متوسط، ۲۰ درصد، ضعیف و ۱۰ درصد وضعیت مالی خوبی داشتند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای اندازه‌گیری میزان پرخاشگری شرکت‌کنندگان در پیش و پس‌آزمون و پیگیری از پرسشنامه پرخاشگری (AGQ)^۱ استفاده شده است. این آزمون در سال ۱۳۷۹

توسط زاهدی‌فر، نجاریان و شکرکن در دانشگاه شهید چمران اهواز ساخته و اعتباریابی گردیده است (زاهدی‌فر، نجاریان، و شکرکن، ۱۳۷۹). این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است، چهارده سؤال آن «خشم» هشت سؤال «تهاجم» و هشت سؤال عامل «کینه‌توزی» را می‌سنجد. به روش لیکرت از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمره افرادی که بالاتر از ۴۵ باشد به عنوان پرخاشگر محسوب می‌شود و هر چه نمره فرد از ۴۵ بیشتر باشد میزان پرخاشگری وی هم بالاترست. نمره کلی این پرسشنامه از صفر تا ۹۰ است. نتایج در مورد پایایی آن نشان داد که از پایایی خوبی برخوردار است، ضریب آلفای آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (رافضی، ۱۳۸۳؛ نعمتی، ۱۳۸۸). ضرایب همبستگی بین نمره خرده‌مقیاس جامعه‌سنجی (Pd) شخصیت سنج چندوجهی مینه‌سوتا و پرسشنامه پرخاشگری (AGQ) ۰/۴۳ تا ۰/۶۴ گزارش و روایی این پرسشنامه تأیید گردیده است (زاهدی‌فر، نجاریان و شکرکن، ۱۳۷۹).

روش اجرای پژوهش

پس از اجرای پیش‌آزمون و انتخاب و جایگزین کردن آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، شناخت درمانی گروهی برای کنترل خشم در گروه آزمایش صورت گرفت. در پژوهش حاضر، از برنامه شناخت درمانی گروهی که در سال ۱۹۹۸ توسط مایکل فری^۱ استفاده گردید. هدف این برنامه، شناخت، رویارویی (چالش) و تغییر شناخت‌واره منفی افرادی است که از اختلالات هیجانی از جمله خشم افراطی رنج می‌برند (فری، ۱۳۸۴) آموزش در دوازده جلسه یک و نیم ساعته در یک ماه (چهار هفته) برای گروه آزمایش اجرا گردید. گروه کنترل هیچ برنامه درمانی دریافت نکرده و فقط پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری به عمل آمد. روند کار جلسات آموزشی به این صورت است که برنامه با جهت‌گیری آموزشی در خصوص مهم‌ترین اصول شناخت درمانی آغاز می‌شود و برنامه با بحث در مورد رویکردهای برای تداوم اثرات مثبت درمانی پایان می‌یابد (فری، ۱۳۸۴). در جدول ۱، به صورت خلاصه، طرح گروه درمان شناختی پرخاشگری به شیوه مایکل فری، توضیح داده شده است.

1- Michael Free

جدول ۱. خلاصه طرح گروه درمان شناختی پرخاشگری به شیوه مایکل فری

جلسات	توضیحات
جلسه اول	خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، بیان قوانین گروه، توضیح در مورد تعامل فرایندهای فیزیولوژیک، شناختی و رفتاری تکالیف: نوشتن ۱۰ مورد از بدترین حوادث زندگی‌تان، نوشتن بدترین A-B-C ها روزانه
جلسه دوم	مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با نظریه‌های شناختی پرخاشگری، آشنایی با افکار خود آیند و تحریف‌های شناختی تکالیف: شناسایی افکار خود آیند، نوشتن بدترین A-B-C ها روزانه
جلسه سوم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش ماهیت طحوااره‌ها، ارتباط بین طحوااره‌ها و افکار خود آیند و شناسایی طحوااره‌ها تکالیف: تمرین تزریق فکر، ادامه نوشتن A-B-C ها، پیکان عمودی
جلسه چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، کار روی پیکان عمودی و رفع اشکالات اعضای گروه، بیان انواع باورها، دسته‌بندی باورها تکالیف: ادامه رسم پیکان عمودی، دسته‌بندی باورها
جلسه پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، نقشه‌های شناختی تکالیف: ادامه رسم پیکان عمودی، دسته‌بندی باورهای جدید
جلسه ششم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش تغییرپذیری باورها، آزمون باورها و تحلیل واقعیت تکالیف: تکمیل فهرست باورها، تحلیل عینی باورهای شناسایی شده
جلسه هفتم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش تحلیل سودمندی و تحلیل همسانی تکالیف: شناسایی باورهای مشکل‌زا و تحلیل سودمندی
جلسه هشتم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود تکالیف: تکمیل تحلیل منطقی تمام طحوااره‌های شرطی و قطعی
جلسه نهم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش تعیین سلسله مراتب موقعیت‌های مرتبط با باورها، دستیابی به باورهای مخالف تکالیف: تهیه باورهای مخالف برای تمام باورهای اصلی
جلسه دهم	مرور تکالیف جلسه قبل، توضیح در مورد تغییر ادراکی و بازداري قشري اختیاری تکالیف: انجام روزانه حداقل نیم ساعت تغییر ادراکی یا بازداري قشري اختیاری
جلسه یازدهم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش روش تنبیه خود و خود پاداش‌دهی تکالیف: تمرین روش تنبیه خود و خود پاداش‌دهی
جلسه دوازدهم	مرور تکالیف جلسه قبل، شیوه‌های نگهداری نتایج درمان، گرفتن بازخورد از شرکت‌کنندگان

نتایج

در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون سؤال‌های پژوهش، از محاسبه

شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و همچنین آمار استنباطی (تحلیل واریانس چند متغیری) و برای انجام عملیات آماری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد نمرات پرخاشگری، خشم، تهاجم و کینه‌ورزی دو گروه آزمودنی‌ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌گردد میانگین نمرات گروه کنترل و آزمایش در پیش آزمون تفاوت چندانی با هم ندارند ولی در پس آزمون و پیگیری تفاوت بین میانگین‌های این دو گروه بیشتر شده است. به منظور بررسی این امر که این تفاوت ناشی از خطا یا واقعی است از تحلیل مانوا استفاده گردید.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پرخاشگری، خشم، تهاجم و کینه‌ورزی دو گروه آزمودنی‌ها در مراحل مختلف

گروه	شاخص‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	خشم	۲۴/۳۰	۶/۱۳	۱۱/۷	۷/۰۸	۱۰/۳۰	۳/۴
	تهاجم	۱۴/۲۰	۷/۰۵	۶/۶۰	۶/۵۳	۶/۷	۵/۱۹
	کینه‌توزی	۱۵/۰۰	۵/۰۳	۷/۵۰	۶/۰۷	۶/۳۰	۴/۰۰
کنترل	خشم	۲۳/۶۰	۸/۲۹	۲۳/۸۰	۵/۲۰	۱۹/۸۰	۷/۸۵
	تهاجم	۱۳/۷	۸/۹۴	۱۶/۳	۹/۳۶	۱۳/۹۰	۸/۱۰
	کینه‌توزی	۱۴/۳۰	۹/۸۷	۱۶/۱۰	۱۰/۴۰	۱۴/۷۰	۷/۵۶

جدول ۳. نتایج تحلیل مانوا بر روی تفاضل نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون در شاخص‌های پرخاشگری

نام آزمون	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۱۱/۸۶۷	۳	۱۶	<۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۱۱/۸۶۷	۳	۱۶	<۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۱/۸۶۷	۳	۱۶	<۰/۰۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۱/۸۶۷	۳	۱۶	<۰/۰۰۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته

تفاوت معناداری وجود دارد بر این اساس می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (خشم، تهاجم و کینه‌توزی) بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد به منظور بررسی این تفاوت، سه تحلیل واریانس یک طرفه در متن تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) صورت گرفت که نتایج آنها در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای وابسته (کینه‌توزی، خشم و تهاجم) معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر بین میانگین کینه‌توزی دو گروه کنترل و آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون معنادار می‌باشد ($F= ۵/۹۲۴$, $P<۰/۰۲۶$). همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون خشم ($P< ۰/۰۰۳$ ، $F= ۱۱/۶۶۱$) و تهاجم ($F= ۵/۵۱۲$, $P< ۰/۰۳۱$) تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین آموزش تأثیر معناداری بر کاهش کینه‌توزی، خشم و تهاجم در گروه آزمایش داشته است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس بر روی تفاضل نمره‌های کینه‌توزی، خشم و تهاجم در پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نمره F	سطح معناداری
تفاضل پیش و پس آزمون کینه‌توزی	۴۳۲/۴۵	۱	۴۳۲/۴۵	۵/۹۲۴	۰/۰۲۶
تفاضل پیش و پس آزمون خشم	۸۲۵/۰۵	۱	۸۲۵/۰۵	۱۱/۶۶۱	۰/۰۰۳
تفاضل پیش و پس آزمون تهاجم	۵۲۰/۲۰	۱	۵۲۰/۲۰	۵/۵۱۲	۰/۰۳۱

بحث

در این پژوهش، اثربخشی شناخت درمانی گروهی به روش مایکل فری بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهرستان اردل مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های به دست آمده سودمندی درمان و مؤثر بودن مداخلات در زمینه کنترل پرخاشگری را نشان می‌دهد و اینکه پرخاشگری پدیده‌ای قابل کنترل و می‌توان با آموزش شیوه‌های مناسب آن را کنترل یا تعدیل نمود. در مورد شاخص‌های پرخاشگری، نیز می‌توان گفت که اثر آموزش گروهی معنادار است که از این رو می‌توان نتیجه گرفت، شناخت درمانی گروهی به روش

مایکل فری باعث کاهش نمره‌های خشم، تهاجم و کینه‌توزی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری شده است ولی در گروه کنترل هیچ‌گونه تغییری دیده نشد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های قبلی در حوزه درمان شناختی و رفتاری از جمله (توماس^۱، ۲۰۰۱؛ شکیبایی، ۱۳۸۳؛ خونساری، ۱۳۸۷ و نعمتی، ۱۳۸۸) هماهنگ و هم‌سوست. در حوزه درمان عقلانی، عاطفی و رفتاری، پژوهش همپل و پیترمن (۲۰۰۸) نشان می‌دهد دختران نوجوانی که از سازگاری عاطفی بالاتری برخوردارند، توانایی کنترل خشم و عصبانیت در آنها بیشتر است و در واقع از مدیریت هیجانی مناسب‌تری برخوردار می‌باشند. همچنین ایس و مک‌لارن (۲۰۰۵) به نقل از نواکو به گزارش پژوهشی تجربی می‌پردازد که در آن تأثیر دو شیوه تن‌آرامی به تنهایی و درمان عقلانی، عاطفی و رفتاری را در کنترل خشم مقایسه کرده است که تأثیر درمان عقلانی، عاطفی و رفتاری نسبت به تن‌آرامی بر کنترل خشم و ناسازگاری بیشتر است. در مورد ماندگاری آموزش، نتایج نشان داد که نه تنها نتایج درمان باقی ماند بلکه بهبود بهتری را نشان داده است و این نتیجه با نتایج ماین و آمبروس (۲۰۰۴) نیز هم‌خوانی دارد که با مرور تحقیقاتی که پیگیری داشته‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که نتایج به دست آمده در بیشتر مطالعات تا پایان درمان وجود داشته و حتی در دوره پیگیری بهتر شده است.

در مورد شاخص‌های پرخاشگری، نیز می‌توان گفت که اثر آموزش گروهی از لحاظ آماری معنادار است از این رو می‌توان نتیجه گرفت، آموزش گروهی کنترل خشم باعث کاهش نمره‌های خشم، تهاجم و کینه‌توزی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری شده است ولی در گروه کنترل هیچ‌گونه تغییری دیده نشد.

فلانگان و همکاران (۲۰۱۰) در تحقیقی شناخت درمانی را در حل کردن مشکلات بین فردی، بهبود مهارت‌های اجتماعی و افزایش مهارت‌های خودکنترلی اثربخش ارزیابی کردند همچنین مالتزکای و استینه‌اوزر (۲۰۰۲) شناخت درمانی را در درمان مجرمان جنسی به کار برده و معتقد است که شناخت درمانی در درمان مجرمان و مجرمان جنایی اثر مثبتی دارد. در ایران نیز جلالی تهرانی (۱۹۹۶) شناخت درمانی گروهی را در درمان افسردگی و پرخاشگری زندانیان در زندان وکیل آباد مشهد به اجرا در آورد و آن را مؤثر ارزیابی کرد. نتایج پژوهش

حاضر نیز با یافته‌های کاظمینی، قنبری هاشم‌آبادی، مدرس غروی و اسماعیلی‌زاده (۱۳۹۰)، کهریزی (۱۳۸۸)؛ بک و فرناندز (۱۹۹۸)؛ جلالی تهرانی (۱۹۹۶) و خونساری (۱۳۸۷) هم‌خوانی دارد. همچنین پایایی نتایج درمان تا فاصله یک ماه از خاتمه جلسات اندازه‌گیری شده است و نتایج نشان داد که نه تنها نتایج درمان باقی بود بلکه بهبود بهتری را نشان داده است و این نتیجه با نتایج پیترمن و همکاران (۲۰۰۷) و بک و فرناندز (۱۹۹۸) هم‌خوانی دارد که با مرور تحقیقاتی که اندازه‌گیری‌های پیشگیرانه داشته‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که نتایج به دست آمده در بیشتر مطالعات تا پایان درمان وجود داشته و حتی در دوره پیگیری بهتر شده است.

نتیجه‌گیری

بر مبنای این پژوهش و سایر پژوهش‌های انجام شده، می‌توان تأثیر گروه درمانی شناختی را بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مورد تأیید قرار داد. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که گروه درمانی شناختی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مؤثر است.

این پژوهش با محدودیت‌های روبرو بوده است از جمله اینکه این پژوهش در یک مقطع تحصیلی و در مورد دانش‌آموزان پسر انجام شده است، در تعمیم نتایج به مقاطع تحصیلی دیگر و دانش‌آموزان دختر باید محتاط بود. همچنین از آنجایی که این پژوهش در شهرستان اردل استان چهارمحال و بختیاری انجام شده است، با توجه به تفاوت‌های فرهنگی در تعمیم نتایج به دیگر شهرها باید دقت شود. همچنین در این پژوهش تأثیر اختلالات همراه، از جمله اختلالات شخصیتی، کنترل نشده است و ممکن است بر نتایج پژوهش تأثیر گذاشته باشد. بالاخره در تعمیم نتایج باید به نداشتن تحصیلات آکادمیک در نمونه مورد مطالعه که می‌تواند امکان بهره‌گیری کافی از درمان‌های شناختی را کاهش دهد، توجه شود. با توجه به فراوانی مشکل پرخاشگری و تأثیر نامطلوب آن بر سازگاری دانش‌آموزان، پیشرفت تحصیلی و نتایج این پژوهش مبنی بر تأثیر مثبت گروه درمانی شناختی بر کاهش رفتار پرخاشگری، به وزارت

آموزش و پرورش پیشنهاد می‌شود دوره‌های کنترل پرخاشگری در مدارس اجرا و یا به عنوان بخشی از درس مهارت‌های زندگی آموزش داده شود.

منابع

فارسی

- الیس، آلبرت و مکلازن، کاترین. (۲۰۰۵). *درمان عقلانی، هیجانی و رفتاری*. ترجمه: فیروزبخت (۱۳۸۵)، تهران انتشارات رشد.
- امیدیان، مهدی (۱۳۹۰). *بررسی اثربخشی آموزش گروهی کنترل خشم به شیوه عقلانی، عاطفی و رفتاری بر کاهش پرخاشگری و افزایش سازگاری زندانیان مرد زندان مرکزی شهرکرد*. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه پیام نور مرکز تهران، تهران.
- خونساری، میناسادات (۱۳۸۷). *تأثیر گروه درمانی شناختی بر کاهش پرخاشگری دختران دانشگاهی استان تهران در سال تحصیلی ۱۶ - ۱۵*. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه آزاد واحد کرج.
- رافضی، زهره (۱۳۸۳). *نقش آموزش کنترل خشم به نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۸ ساله در کاهش پرخاشگری*. (کارشناسی ارشد)، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران، تهران.
- زاهدی‌فر، شهین؛ نجاریان، بهمن و شکرکن، حسین (۱۳۷۹). *ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری*. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، دوره‌ی سوم (۱ و ۲).

شکیبایی، فرشته (۱۳۸۳). گروه درمانی مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری در نوجوانان مؤسسه‌ای. *مجله تازه‌های علوم شناختی، بهار و تابستان ۱۳*، ۵۹-۶۶.

فری، مایکل (۱۳۸۴). *شناخت درمانی گروهی* (ترجمه علی صاحبی و همکاران) مشهد: جهاد دانشگاهی.

کاظمینی، تکتتم؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرام علی؛ مدرس غروی، مرتضی و اسماعیلی‌زاده، مسعود (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش خشم و پرخاشگری رانندگی. *مجله روان‌شناسی بالینی ۳* (۲)، ۱۱-۱.

کهریزی، احسان. (۱۳۸۸). *تأثیر گروه درمانی شناختی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی زندانیان استان قم*. (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

گلچین، مهری. (۱۳۸۱). تمایل به پرخاشگری در نوجوانان و نقش خانواده. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین، بهار* (۲۱).

نعمتی، نعمت. (۱۳۸۸). اثر بخشی آموزش مهارت‌های مدیریت خشم در کاهش پرخاشگری زندانیان مرد. *ماهنامه اصلاح و تربیت*، سال هشتم (شماره ۸۶).

لاتین

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

Blanchard, E. B., Lackner, J. M., Sanders, K., Krasner, S., Keefer, L., Payne, A., & Dulgar-Tulloch, L. (2007). A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (4), 633-648.

Deffenbacher, J. L., & McKay, M. (2000). *Overcoming Situational Anger and General Anger: Therapist protocol*. Oakland, CA: New Harbinger.

Flanagan, R., Allen, K., & Henry, D. J. (2010). The impact of anger management treatment and rational emotive behavior therapy in a public school setting on social skills, anger management, and

depression. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 28 (2), 87-99.

Flanagan, R., Allen, K., & Henry, D. J. (2010). The impact of anger management treatment and rational emotive behavior therapy in a public school setting on social skills, anger management, and depression. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 28 (2), 87-99.

Geen, R. G. (2001). *Human Aggression* (2nd Ed.). Buckingham England; Philadelphia, PA: Open University Press.

Gotoh, M. (2009). Treatment and rehabilitation programs for young alcoholics: Acquiring the ability through group therapies and cognitive-behavioral therapies to communicate with others to lead a new life. *Japanese journal of Alcohol Studies & Drug Dependence*, 44 (5), 579-603.

Hamdan-Mansour, A. M., Puskar, K., & Bandak, A. G. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depressive symptomatology, stress and coping strategies among Jordanian University students. *Issues in Mental Health Nursing*, 30 (3), 188-196.

Hample, P., & Peterman, F. (2008). Perceived coping and adjustment in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 38 (4), 409-415.

Hesse, K., & Klingberg, S. (2011). No reason for therapeutic pessimism: Cognitive behavioral therapy of negative symptoms in schizophrenic psychosis. *Kein Grund für therapeutischen Pessimismus: kognitive verhaltenstherapie der negativsymptomatik schizophrener psychosen*, 21 (1), 49-55.

Jalali-Tehrani, S. M. M. (1996). An application of cognitive therapy in Iran: The Khorasan Prison Project. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an international quarterly*, 10 (3), 219-224.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lim, J. Y., Kim, M. A., Kim, S. Y., Kim, E. J., Lee, J. E., & Ko, Y. K. (2010). The effects of a cognitive-behavioral therapy on career attitude maturity, decision making style, and self-esteem of nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 30 (8), 731-736.

Maletzky, B. M., & Steinhauer, C. (2002). A 25-year follow-up of cognitive/behavioral therapy with 7,275 sexual offenders. *Behavior Modification*, 26 (2), 123-147.

- Manicavasagar, V., Parker, G., & Perich, T. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Journal of Affective Disorders, 130* (1-2), 138-144.
- Mayne, T. J., & Ambrose, T. K. (2004). Research review on anger in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 55* (3), 353-363.
- Morland, L. A., Greene, C. J., Grubbs, K., Kloezeman, K., Mackintosh, M. A., Rosen, C., & Frueh, B. C. (2011). Therapist adherence to manualized cognitive-behavioral therapy for anger management delivered to veterans with PTSD via videoconferencing. *Journal of Clinical Psychology, 67* (6), 629-638.
- Olmstead, T. A., Ostrow, C. D., & Carroll, K. M. (2010). Cost-effectiveness of computer-assisted training in cognitive-behavioral therapy as an adjunct to standard care for addiction. *Drug and Alcohol Dependence, 110* (3), 200-207.
- Petermann, U., Nitkowski, D., Polchow, D., Pätel, J., Roos, S., Kanz, F. J., & Petermann, F. (2007). Long-term effects of a cognitive-behavioral therapy program with aggressive children. *Langfristige Effekte des Trainings Mit Aggressiven Kindern, 16* (3), 143-151.
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S., & Rosenberg, N. K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology, 51* (5), 403-410.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Kaplan, H. I. (2009). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Schachter, S. & Singer, J. E. (1962). Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emotional State. *Psychological Review, 69* (5), 379-399.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2011). *Human Aggression and Violence: causes, manifestations, and consequences* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 9* (3), 247-269.
- Thomas, S. P. (2001). Teaching healthy anger management. *Perspectives in Psychiatric Care, 37* (2), 41-48.

Vedel, E., Emmelkamp, P. M. G., & Schippers, G. M. (2008). Individual cognitive-behavioral therapy and behavioral couples therapy in alcohol use disorder: A comparative evaluation in community-based addiction treatment centers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77 (5), 280-288.

