

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

سمیه رحیمی احمدآبادی* - دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شرع‌باف** - دکتر مرتضی مدرس غروی*** -
دکتر حسین کارشکی****

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
** استاد گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
*** استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
**** استادیار دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

چکیده

مقدمه: هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری (CBT) در کاهش خشم افراد مبتلا به ضربه سر بود. روش بررسی: طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون، پس آزمون 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 نمونه گیری داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. هر دو گروه در سه مرحله زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه مورد سنجش قرار گرفتند. ابزارهای سنجش در این پژوهش پرسشنامه خشم اشیپیرگر می‌باشد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **نتایج:** نتایج نشان داد که گروه آزمایش که درمان شناختی-رفتاری را دریافت کردند در مقایسه با گروه کنترل که هیچ گونه روان‌درمانی دریافت نکردند از نظر میزان کاهش خشم تفاوت معنی داری نداشتند. البته نتایج فرضیه‌های فرعی نشان داد که تفاوت معنی داری در گروه آزمایش در مولفه‌های خشم از جمله خشم حالت، خشم صفت، کنترل برون ریزی خشم و کنترل درون ریزی خشم نسبت به گروه کنترل وجود دارد. این یافته‌ها از لحاظ نظری و اهمیت آنها در مداخلات بالینی به بحث گذاشته شده اند. **نتیجه گیری:** 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 رایج داد. **کلید واژه ها:** گروه درمانی شناختی-رفتاری، خشم، ضربه سر

تایید مقاله: ۱۳۹۲/۷/۳۰

وصول مقاله: ۱۳۹۲/۵/۱۴

نویسنده پاسخگو: ایران، مشهد، پزشکی قانونی خراسان رضوی تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۵۴۴۰۰ داخلی ۲۱۲ somaye.rahimi1390@yahoo.com

مقدمه

مشخص می‌شود (۱،۲). خشم معمولاً با یک محرک بیرونی شروع می‌شود و اغلب شامل یک جز سرزنش است (۲). افرادی که صفت خشم در آن‌ها بالا است نسبت به افراد دیگر برای عصبانی شدن در برابر مجموعه گسترده‌ای از محرک‌ها آمادگی بیشتری دارند (۳). در حالیکه ممکن است خشم توسط افرادی که آماج خشم واقع شده‌اند ناخوشایند تلقی شود، برای فرد عصبانی، پیامدهای خشم اغلب مثبت تلقی می‌شود (۱،۲). 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

هیجان‌ها پدیده‌هایی ذهنی، زیستی، هدفمند و اجتماعی هستند. پدیده‌هایی فطری که در افراد مختلف در شرایط یکسانی بروز می‌کنند از جمله هیجانی که در زندگی همه افراد نقش مهم و مؤثری دارد، هیجان، خشم 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،

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 (۴). همچنین، بیان و کنترل خشم در قالب چهار مولفه عمده مفهوم سازی شده است: برون ریزی یا بیان بیرونی خشم که شامل ابراز خشم نسبت به اشخاص دیگر یا اشیای موجود در محیط می‌شود؛ درون ریزی 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 برون ریزی 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 درون ریزی یا کنترل درونی خشم به کنترل سرکوب احساسات از طریق آرام شدن یا خونسرد بودن به هنگام خشمگین شدن، مربوط می‌شود (۴). رفتارهای پرخاشگرانه ممکن است به شکل‌های مختلفی جلوه‌گر شود. باس و پری معتقدند پرخاشگری انسان دارای سه بعد (ابزاری، عاطفی و شناختی) 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 خصوصیت نام دارد سبب ایجاد احساس غرض‌ورزی و کینه‌توزی نسبت به دیگران می‌شود (۵).

بنابراین، رفتار پرخاشگرانه‌ی 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 (۶)، اختلال شخصیت ضداجتماعی (۷) و اختلال خوردن (۸) به شمار می‌آید که از آن جمله می‌توان به خشم و پرخاشگری که از علایم شایع در مبتلایان به آسیب مغزی است، اشاره کرد. ارزیابی‌ها نشان داده‌اند که بالغ بر ۳۶٪ افراد مبتلا به آسیب مغزی بروز احساس خشم و پرخاشگری را گزارش نموده‌اند. هرچند در این زمینه اطلاعات کاملی ارایه نشده است (۹). آنتونک و همکاران، 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 برون سازی 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 عیب جویی از موقعیت خودشان هستند متداولتر است (۱۰). 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 تصویری کنند 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 (۱۰). بسیاری از محققان، تلاش کرده‌اند که به بررسی مبنای عصبی خشم و پرخاشگری بپردازند و تاکنون چندین نقطه در مغز را که ممکن است در این فرایند نقش داشته باشند، مورد شناسایی قرار داده‌اند (۱۱). بر پایه مطالعات پاتریک و هیدا، 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 آنها می‌تواند بسیاری از مشکلات را حل نماید (۱۲). عصبانیت و پرخاشگری عمدتاً بر اثر باورها و حرف‌هایی که درباره اتفاقات بد به خودمان می‌زنیم، بوجود می‌آیند به همین دلیل وقتی عصبانی می‌شویم باید از خودمان بپرسیم «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، عصبانیت تان را کم کنید. تا زمانی که معتقدید دیگران عامل عصبانیت تان هستند، نمی‌توانید عصبانیت خود را کنترل کنید (۱۳). به همین دلیل یکی از رویکردهای درمانی موفق در کنترل و کاهش رفتار پرخاشگری و خشم، رویکرد شناختی-رفتاری است (۱۴). تحقیقات متعددی اثربخشی شیوه شناختی-رفتاری را برای کنترل خشم و کاهش پرخاشگری تأیید کرده‌اند (۲۲-۱۵). در این رویکرد اساس کاهش پرخاشگری بر بازسازی شناختی و کنترل خشم استوار است (۱۴). لذا با توجه به

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 سوالات، پیامدهای رفتاری و هیجانی افکار، طرحواره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعضای گروه در بکار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسای طرحواره‌های منفی خود با آن رو به رو می‌شوند، مطرح شد. محتوای جلسه چهارم شامل فهرست اصلی باورها، نقشه شناختی، رتبه بندی، 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 از 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 رواندرومانی دریافت نکردند. در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی به منظور سازمان دهی 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.

پرسشنامه خشم اشپیلبرگر

پرسشنامه ۵۷ ماده‌ای تجدید نظر شده اشپیلبرگر شامل شش مقیاس پنج خرده مقیاس و یک شاخص بیان خشم است که یک اندازه کلی از بیان و کنترل خشم فراهم می‌کند. آزمودنی‌ها به هنگام پاسخ دادن به هر یک از ۵۷ ماده پرسشنامه، وضع خود را بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۴) رتبه‌بندی می‌کنند و بدین وسیله شدت احساسات خشم خود را در یک زمان معین و نیز فراوانی تجدید، بیان، سرکوب یا کنترل خشم خودشان را اندازه‌گیری می‌کنند. تکمیل پرسشنامه معمولاً ۱۲ تا ۱۵ دقیقه طول می‌کشد. نمره کل عبارت از مجموع نمرات کل سوالات و نمره هر فرد در این شاخص می‌تواند در دامنه‌ای از صفر تا ۹۶ قرار گیرد. نویدی، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را برای مقیاس‌های حالت خشم و صفت خشم به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۵ و برای مقیاس‌های بیان خشم و کنترل

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 خشم مبتلایان به ضربه سر بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر، جزء دسته پژوهش‌های کاربردی و از نوع شبه آزمایشی، دارای طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد. متغیر مستقل در این پژوهش روان درمانی شناختی - رفتاری با رویکرد التقاطی به شیوه گروهی می‌باشد که گروه آزمایش تحت تأثیر این متغیر قرار گرفت اما گروه کنترل هیچ نوع روان درمانی دریافت نکرد. متغیر وابسته در این پژوهش عبارت است از: میزان خشم 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 خشم اشپیلبرگر (2-STAXI) 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 خشم و 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 علائم در افراد مبتلا به ضربه سر، گذشته بود. از جامعه فوق الذکر، 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 به طوری که امکان دیده شدن تمامی اعضا و درمانگر فراهم شود، برای بیان مطالب آموزشی و درمانی از وایت برد توسط

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 به‌دور این بخش شاخص‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار عملکرد آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل در پرسشنامه خشم و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه می‌گردد.

جدول ۴ - میانگین و انحراف معیار نمرات خشم و مؤلفه‌های آن برای آزمودنی‌های دو گروه

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۴۵٫۲۵	۶٫۳۶	۴۱٫۱۲	۷٫۳۳
خشم حالت پس‌آزمون	۳۱٫۱۲	۶٫۰۱	۴۲٫۲۵	۸٫۰۴
پیگیری	۲۹	۰٫۰۰۱	۴۱٫۸۷	۷٫۴۷
پیش‌آزمون	۳۴	۴٫۱۴	۳۱٫۸۷	۴٫۳۸
خشم صفت پس‌آزمون	۲۳٫۶۲	۴٫۵۹	۳۲٫۱۲	۴٫۴۲
پیگیری	۲۲	۰٫۰۰۱	۳۱٫۵۰	۴٫۳۴
پیش‌آزمون	۲۴	۳٫۳۸	۲۱٫۳۷	۴٫۳۴
برون‌ریزی خشم پس‌آزمون	۱۹٫۳۷	۳٫۸۸	۲۲٫۱۲	۳٫۶۰
پیگیری	۱۷٫۸۷	۰٫۳۵	۲۲	۳٫۶۶
پیش‌آزمون	۱۸٫۷۵	۲٫۵۴	۱۸٫۷۵	۲٫۳۱
درون‌ریزی خشم پس‌آزمون	۲۰٫۵۰	۰٫۷۵	۱۸٫۲۵	۲٫۸۶
پیگیری	۱۷٫۵۰	۱٫۴۱	۱۸٫۵۰	۲٫۵۰
پیش‌آزمون	۹٫۳۷	۱٫۶۸	۱۱٫۳۷	۳٫۷۷
کنترل برون‌ریزی خشم پس‌آزمون	۲۲٫۱۲	۵٫۳۰	۱۱٫۷۵	۴٫۲۶
پیگیری	۲۴٫۱۲	۰٫۳۵	۱۲	۴٫۴۰
پیش‌آزمون	۱۳٫۷۵	۵٫۵۹	۱۴٫۶۲	۴٫۸۹
کنترل درون‌ریزی خشم پس‌آزمون	۲۳٫۵۰	۱٫۴۱	۱۴٫۶۲	۴٫۸۹
پیگیری	۲۵٫۸۷	۰٫۸۳	۱۵	۴٫۹۵
پیش‌آزمون	۱۴۵٫۱۲	۱۳٫۹۰	۱۳۹٫۱۲	۱۳٫۵۷
خشم کلی پس‌آزمون	۱۴۰٫۲۵	۷٫۶۱	۱۴۱٫۱۲	۱۴٫۶۷
پیگیری	۱۳۶٫۳۷	۰٫۷۴	۱۴۰٫۸۷	۱۴٫۴۷

نتایج مندرج در جدول ۴ بیانگر تغییر فاحش نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون است.

خشم و شاخص کلی بیان خشم به‌طور متوسط برابر ۰/۷۱ گزارش کرد. همچنین، از روش بازآزمایی برای بررسی پایایی مقیاس‌های ابزار مورد بحث استفاده شد که متوسط این ضرایب برابر ۰/۷۶ به دست آمد (۴).

نتایج

هدف از تحقیق حاضر مقایسه میزان اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش خشم 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.

جدول ۲ - 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
متاهل	۵	۶۲/۵	۴	۵۰
کل	۸	۱۰۰	۸	۱۰۰

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

در نمرات خشم صفت تفاوت معناداری وجود دارد. این تفاوت به گونه‌ای است که میانگین نمرات خشم صفت آزمودنی‌های گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از میانگین نمرات خشم صفت آزمودنی‌های گروه کنترل می‌باشد.

جدول ۸ - نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مربوط به برون ریزی خشم

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر
گروه	۸/۰۲	۱	۸/۰۲	۰/۹۱	۰/۳۵	۰/۰۶
خطا	۱۲۳/۰۵	۱۴	۸/۷۹			

نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در جدول ۸ نشان می‌دهد که اثر بین گروهی در میزان برون ریزی خشم معنادار نیست ($F(1,4,1) = 0.91, p > 0.05$)، به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات برون ریزی خشم تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۹ - نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مربوط به درون ریزی خشم

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر
گروه	۰/۶۹	۱	۰/۶۹	۰/۱۸	۰/۶۷	۰/۰۱
خطا	۵۳/۷۲	۱۴	۳/۸۳			

نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در جدول ۹ نشان می‌دهد که اثر بین گروهی در میزان درون ریزی خشم معنادار نیست ($F(1,4,1) = 0.18, p > 0.05$)، به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات درون ریزی خشم تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۱۰ - نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مربوط به کنترل برون ریزی خشم

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر
گروه	۱۸۶/۷۷	۱	۱۸۶/۷۷	۱۸/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶
خطا	۱۴۳/۴۱	۱۴	۱۰/۲۴			

نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در جدول ۱۰ نشان می‌دهد که اثر بین گروهی در کنترل برون ریزی خشم معنادار است ($F(1,4,1) = 18.23, p < 0.001$)، به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل

آزمون می‌باشد. همچنین نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پرسشنامه خشم و مؤلفه‌های آن در پس آزمون و پیگیری نمرات بهتری کسب کرده‌اند.

جدول ۵ - نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مربوط به خشم

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر
گروه	۰/۱۷	۱	۰/۱۷	۰/۰۰۲	۰/۹۷	۰/۰۰۱
خطا	۱۶۰۸/۲۶	۱۴	۱۱۴/۸۷			

نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر بین گروهی در میزان خشم معنادار نیست ($F(1,4,1) = 0.17, p > 0.05$)، به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات خشم تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۶ - نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مربوط به خشم حالت

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر
گروه	۱۷۵/۵۶	۱	۱۷۵/۵۶	۵/۳۵	۰/۰۳	۰/۲۷
خطا	۴۵۹/۰۴	۱۴	۳۲/۷۸			

نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در جدول ۶ نشان می‌دهد که اثر بین گروهی در میزان خشم حالت معنادار است ($F(1,4,1) = 5.35, p < 0.05$)، به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات خشم حالت تفاوت معناداری وجود دارد. این تفاوت به گونه‌ای است که میانگین نمرات خشم حالت آزمودنی‌های گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از میانگین نمرات خشم حالت آزمودنی‌های گروه کنترل می‌باشد.

جدول ۷ - نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مربوط به خشم صفت

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر
گروه	۱۱۲/۰۰	۱	۱۱۲/۰۰	۹/۴۶	۰/۰۱	۰/۴۰
خطا	۱۶۲/۷۶	۱۴	۱۱/۸۴			

نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در جدول ۷ نشان می‌دهد که اثر بین گروهی در میزان خشم صفت معنادار است ($F(1,4,1) = 9.46, p < 0.01$)، به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل

۰/۰۰۱، $p > ۱۸/۲۳ = F(۱۴،۱)$ ، به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات کنترل برون ریزی خشم تفاوت معناداری وجود دارد. این تفاوت به گونه‌ای است که میانگین نمرات کنترل برون ریزی خشم آزمودنی‌های گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از میانگین نمرات کنترل برون ریزی خشم آزمودنی‌های گروه کنترل می‌باشد.

جدول ۱۱ - نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مربوط به کنترل درون ریزی خشم

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر
گروه	۱۵۸/۳۴	۱	۱۵۸/۳۴	۱۱/۰۴	۰/۰۱	۰/۴۴
خطا	۲۰۰/۷۰	۱۴	۱۴/۳۳			

نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در جدول ۱۱ نشان می‌دهد که اثر بین گروهی در کنترل درون ریزی خشم معنادار است ($F(۱۴،۱) = ۱۱/۰۴$ ، $p > ۰/۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۴۴$)، به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات کنترل درون ریزی خشم تفاوت معناداری وجود دارد. این تفاوت به گونه‌ای است که میانگین نمرات کنترل درون ریزی خشم آزمودنی‌های گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از میانگین نمرات کنترل درون ریزی خشم آزمودنی‌های گروه کنترل می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش‌ها در استراتژی مدیریت خشم برای عموم مردمی که با این مشکل مواجه‌اند، نشان می‌دهد که روش‌های مختلف به افراد اجازه می‌دهد که بر خشم‌شان 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 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. فرضیه اصلی این پژوهش عبارت بود از: بین میزان خشم افراد مبتلا به ترومای ضربه سر که در گروه درمانی شناختی-رفتاری شرکت می‌کنند و افرادی که این درمان را دریافت نمی‌کنند، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به منظور آزمون این فرضیه از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد که نتایج نشان داد بین دو گروه در نمرات خشم تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تایید نمی‌شود. نتایج این پژوهش ناهمسو با نتایج پژوهش دفنباخر و همکارانش (۲۴)، بوده که نشان دادند درمان شناختی-رفتاری در کاهش خشم رانندگی موثر

است. به علاوه، پژوهش پولیزی (۲۶) نیز نشان داده است که ذهن آگاهی رفتارهای خشمگینانه رانندگی را کاهش می‌دهد. صادقی و همکارانش (۲۲)، 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 (۲۱)، در بررسی تاثیر 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 موثر بوده است. همچنین میزان پرخاشگری پسران به طور معناداری از پرخاشگری دختران بالاتر بود. در تبیین کاهش خشم 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 آسیب‌شناسی روانی "شناخت" نقش اصلی را دارد. او معتقد است که جنبه‌های دیگر مانند جنبه‌های عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیک برخاسته از این جنبه است (۲۷). همچنین بک (۲۸)، اعتقاد دارد که درمان را باید از 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 (۲۹). فرضیه فرعی اول این پژوهش عبارت بود از: بین میزان خشم حالت افراد مبتلا به ترومای ضربه سر که در گروه درمانی شناختی-رفتاری شرکت می‌کنند و افرادی که این درمان را دریافت نمی‌کنند، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که اثر بین گروهی در میزان خشم حالت معنادار است به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات خشم حالت تفاوت معناداری وجود دارد. در راستای تایید این فرضیه می‌توان به تحقیقات انصاری، برجعلی، احدی و حسینی‌مدنی (۳۰) 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) تاثیر دارد. آن‌ها همچنین دریافتند که این رویکرد درمانی خشم حالت، خشم صفت و فراوانی ابراز خشم را کاهش می‌دهد. در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش خشم می‌توان گفت که خشم عموماً از تنش عضلانی و برانگیختگی سیستم عصبی خودمختار

پنجم این پژوهش عبارت بود از: بین میزان کنترل برون ریزی خشم افراد مبتلا به ترومای ضربه سر که در گروه درمانی شناختی-رفتاری شرکت می‌کنند و افرادی که این درمان را دریافت نمی‌کنند، تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌هانشان می‌دهد که اثر بین گروهی در میزان کنترل برون ریزی خشم معنادار است به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات برون ریزی خشم تفاوت معناداری وجود دارد و این فرضیه تایید می‌شود. سرانجام فرضیه فرعی ششم این پژوهش عبارت بود از: بین میزان کنترل برون ریزی خشم افراد مبتلا به ترومای ضربه سر که در گروه درمانی شناختی-رفتاری شرکت می‌کنند و افرادی که این درمان را دریافت نمی‌کنند، تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌هانشان می‌دهد که اثر بین گروهی در میزان کنترل برون ریزی خشم معنادار است به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات کنترل برون ریزی خشم تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، این فرضیه تایید می‌شود. در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کنترل درون ریزی و برون ریزی خشم می‌توان گفت که این رویکرد درمانی با استفاده از تکنیک‌های رفتاری و مواجهه‌ای و شناسایی افکار خودآیند منفی، کاهش تحریف‌های شناختی و افزایش استفاده از مدل A-B-C و درک عینی از رویدادها و منطق صحیح باعث بهتر شدن نمرات گروه آزمایش در میزان کنترل درون ریزی و برون ریزی خشم شده است. در حالی که به نظر می‌رسد این مطالعه اولین پیشینه پژوهشی در زمینه کاهش خشم و مولفه‌های آن در افراد مبتلا به ضربه سر در ایران باشد برای درک بهتر مکانیسم اثر این مداخله به پژوهش‌های دیگر نیاز است.

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

و فعالیت غدد درون ریز 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 در افراد مبتلا به ترومای ضربه سر می‌شود. فرضیه فرعی دوم این پژوهش عبارت بود از: بین میزان خشم صفت افراد مبتلا به ترومای ضربه سر که در گروه درمانی شناختی-رفتاری شرکت می‌کنند و افرادی که این درمان را دریافت نمی‌کنند، تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌هانشان می‌دهد که اثر بین گروهی در میزان خشم صفت معنادار است به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات خشم صفت تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین این فرضیه نیز تایید می‌شود. فرضیه فرعی سوم این پژوهش عبارت بود از: بین میزان برون ریزی خشم افراد مبتلا به ترومای ضربه سر که در گروه درمانی شناختی-رفتاری شرکت می‌کنند و افرادی که این درمان را دریافت نمی‌کنند، تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌هانشان می‌دهد که اثر بین گروهی در میزان برون ریزی خشم معنادار نیست به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات برون ریزی خشم تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین این فرضیه تایید نمی‌شود. فرضیه فرعی چهارم این پژوهش عبارت بود از: بین میزان درون ریزی خشم افراد مبتلا به ترومای ضربه سر که در گروه درمانی شناختی-رفتاری شرکت می‌کنند و افرادی که این درمان را دریافت نمی‌کنند، تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌هانشان می‌دهد که اثر بین گروهی در میزان درون ریزی خشم معنادار نیست به عبارتی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات درون ریزی خشم تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین، این فرضیه تایید نمی‌شود. فرضیه فرعی

References

- 1- Averill, J. R. Studies on anger and aggression: implications for theories of emotions. *American psychologist*. 1983; 38:1145-1160.
- 2- Kassinove, H., Sukhodolsky, D., Tsytarev, S. V. & Solovyova, S. Self-reported anger episodes in Russia. *Journal of social behavior and personality*, 1995;12:301-304.
- 3- Spielberger, C.D., Reheiser, E. C., & Sydeman, S. Y. Measuring the exoerence, expression, and control of anger. In H. Kassinove (Ed), *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment* (pp.49-68). Washington, DC: Taylor and Francis. 1995: 32-44.
- 4-Navidi, A. *Espilberger anger test*. Tehran; ravan tajhiz.2006: 8-15 [Persian]
- 5- Becker, G. The Buss-Perry Aggression Questionnaire: Some unfinished business. *Journal of research in personality*. 2007; 41: 434-752.
- 6-Dery, M.; Toupin, J.; Pauze, R.; Mercier, H. & Fortin. Neuropsychological characteristics of adolescents with conduct disorder: association with attention deficit hyperactivity and aggression. *Journal of abnormal child psychology*. 1999;27:225.
- 7- Sukhodolsky, D. G.; Kassinove, H. & Gorman, B. S. Cognitive behavioral therapy for anger in children and adolescent: A meta-analysis: *Aggression and violent behavior*, 2004; 9: 247-269.
- 8- Miotto P.; Pollini, B.; Restaneo, A.; Favaretto, A.A. & Preti, A. Aggressiveness, anger and hostility in eating disorders *comprehensive psychiatry*,

- 2008;49: 364-373.
- 9- Demark, Jenny.Gemeinhardt,Monica. Anger and it s management for survivors of acquired brain injury. *brain injury*, 2002;16:91-108.
 - 10- Antonak, R.F., Livneh, H. and Antonak, C. A review of research on psychosocial adjustment to impairment in persons with brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 1993; 8: 87-100.
 - 11- Demark, Jenny.Gemeinhardt,Monica. Anger and it s management for survivors of acquired brain injury. *brain injury*, 2002;16:91-108.
 - 12- Patrick, P. D. and Hebda, D. W. Management of aggression. In: J. Leon-Carrion (editor) *Neuropsychological Rehabilitation: fundamentals, innovations, and directions* (Delray Beach: St Lucie Press), 1997: pp. 431-451.
 - 13- Kelark, I. The clinic of feeling. Trans by firoozbakht. Tehran, virayesh. 2010; 41-54: [Persian]
 - 14- Novaco, R. W. 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. 2013; 9-35.
 - 15- Moon, J. R. & Eisler, R. M. Anger control: An experimental comparison of three behavioral treatments. *Behavior therapy*, 1963; 14: 493-503.
 - 16- Hazeleus, S. L. and Deffenbacher, J. L. Relaxation and cognitive treatments of anger. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 1986; 54: 222- 226.
 - 17- Ellis, A, Dryden,W. *The practice of rational emotive behavior therapy* (2nd ed.). New York:Springer.expression of inappropriate anger. *Psychological Reports*, 1998;34: 791-798.
 - 18- Bennett DS, Gibbons TA. Efficacy of Child Cognitive-Behavioral Interventions for Antisocial Behavior: A Meta-Analysis. *Child & Family Behavior Therapy* 2000; 22:1-15.
 - 19- Beck, R. & Fernandez, E. Cognitive behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive therapy and research*. 1975;22: 63-74.
 - 20- Shakibae, F; Tehrani, M.; shahrivar, Z; Asari, SH. Anger Group therapy with CBT approach in adolescents. *Advances in Cognitive Science*. 2003;6:55-66. [Persian]
 - 21- Hajati, f; Akbar zadeh N; Khosravi, Z. Effectiveness of combined CBT and positive approach on Tehran adolescents aggression prevention studies in psychology. 2000; 4, 3. [Persian]
 - 22- Sadeghi, A; Ahmadi, A; Abedi, M. Survey the effectiveness of REBT in group on aggression reduction. *Journal of psychology*, 2002;6: 52-61. [Persian]
 - 23- Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. [References]. *Aggression and Violent Behavior* 2004; 9: 247-269.
 - 24- Deffenbacher, J. L., Filetti, L. B., Lynch, R. S, Dahlen, E. R & Oenting, E. R. Cognitive-behavioral treatment of high anger drivers. *Behavior Research and Therapy*. 2002; 40: 895-910.
 - 25- Diebold, J. Mindfulness in the machine: A mindfulness-based cognitive therapy for the reduction of driving anger. Unpublished doctoral dissertation, Hofstra university, New York, 2003; 6: 52-60. [Persian]
 - 26-Polizzi, T.N. An Examination of Mindfulness-Based cognitive therapy for Anger Drivers. Unpublished doctoral dissertation, Hofstra University, New York, 2007; 120-126.
 - 27- Ghasem zadeh, H. Cognitive behavioural therapy. Tehran ; Arjmand, 2006;10:24-35. [persian]
 - 28- Beck, R. & Fernandez, E. Cognitive behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive therapy and research*, 1975; 22:63-74.
 - 29- Michael L. Free. *Cognitive Therapy in Groups: Guidelines and Resources for Practice*, Second Edition. John Wiley & Sons Ltd, 2007: 39-52.
 - 30- Ansari, m; Borjali, A; Ahadi, H; Hoseini, A. Survey the effectiveness of CBT in group on students aggression reduction. 4 th article collection of students mental health seminar. Shiraz University, 2009 34-42 [Persian]

Survey the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Anger Reduction in Brain Injured Patients

Somaye Rahimi Ahmad Abadi*† - Hamid Reza Aghamohammadian Sharbaf** - Morteza Modares*** - Hossein Karashki****

*MSc in Clinical Psychology, Ferdousi University, Mashhad, Iran

**PhD in Psychology, Professor of Ferdousi University, Mashhad, Iran

***PhD in Psychology, Assistant Professor of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

****PhD in Behavioural Sciences, Assistant Professor of Ferdousi University, Mashhad Iran.

Abstract

Background: The goal of present study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on anger reduction in brain injured people.

Method: The plan of study was quasi experimental through pretest, posttest and follow up with control group. The sample of this study consists of 16 brain injured patients in Mashhad city and selected by Convenience sampling method and voluntarily participate in this study. Participants randomly divided into two groups. The first groups receive cognitive behavioral therapy and the second group hasn't any therapy. Two groups in three pretest, posttest and follow up time level were measured. Applied measures in this study consisted of State-Trait Anger Expression Inventory and collected data were analyzed through Spss software by repeated measure analysis of variance.

Findings: The results showed that the experimental group that receive CBT showed insignificant differences in anger reduction in compare with control group that don't receive any therapy. Also the results of secondary hypotheses showed that there is significant differences in anger components that mean state anger, trait anger, anger controlling and introjection of anger in experimental group in compare with control group that don't receive any therapy; in some components there were no differences for example in anger externalization and internalization.

Conclusion: There is discussion about the results in theoretical approach and its importance in clinical intervention. On the whole we could apply the results of present study in valid and accurate assessment and diagnosis of the brain injury effects in legal medical centers and furthermore offer CBT services for this clinical population as non-medical treatment, efficient and inexpensive therapy.

Keywords: Cognitive-Behavioral Group Therapy, Anger, Brain Injury

Received: 5 Aug 2013

Accepted: 22 Oct 2013

†Correspondence: Somaye.rahimi1390@yahoo.com – Tel: +98-511-8454400