

بررسی و مقایسه تأثیر دو رویکرد هیجان مدار (EFT) و آموزش ایمن سازی در مقابل استرس (SIT) بر کاهش خشم نوجوانان بزهکار

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۰

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۱/۱۵

* نجمه سدر پوشان

** دکتر شکوه نوابی نژاد

*** دکتر عبدالله شفیق آبادی

**** دکتر غلامرضا نفیسی

چکیده

در این پژوهش، تأثیر دو رویکرد هیجان مدار و آموزش ایمن سازی در مقابل استرس در کاهش خشم نوجوانان بزهکار پسر تهران بررسی و مقایسه گردید. این پژوهش از نوع شبه تجربی و از طرح گروه کنترل نابرابر است. جامعه آماری پژوهش راکلیه نوجوانان پسر بزهکار محکوم که در سال ۱۳۸۷ در کانون اصلاح و تربیت شهر تهران نگهداری می شدند، تشکیل می دهند. بدین منظور پرسشنامه خشم اسپیلبرگر بر روی آنها اجرا گردید و میزان خشم آنها سنجیده شد. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۳۰ نفر از نوجوانان بزهکار که نمره بالایی در خشم کسب کرده بودند انتخاب و به صورت

* نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی شهر

najmee_sedrpoushan@yahoo.com

** استاد گروه مشاوره دانشگاه خوارزمی (تربیت معلم)

*** استاد گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی

**** استاد گروه روان شناسی دانشگاه آزاد واحد تربیت معلم

تصادفی در سه گروه ۱۰ نفری جایگزین شدند. ۱۰ جلسه مشاوره گروهی به شیوه (EFT) و (SIT) بر روی دو گروه آزمایش به مدت ۱/۵ تا ۲ ساعت اجرا گردید و در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. نتایج تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس بلوکی نشان داد که مشاوره گروهی به شیوه SIT و EFT روی کاهش شاخص کلی خشم نوجوانان پسر بزهکار مؤثر است ($P < 0/01$ و $F = 15/146$). همین نتیجه در مورد کنترل درون‌ریزی خشم ($P < 0/01$ و $F = 6/672$) و کنترل برون‌ریزی خشم ($P < 0/05$) و $F = 3/912$ مشاهده شد. در عین حال بین میزان تأثیر رویکرد هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی بر این مقیاس‌ها ($P > 0/05$) تفاوت معناداری وجود نداشت. **واژگان کلیدی:** رویکرد هیجان‌مدار، آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس، خشم.

مقدمه

ارزش تطابقی خشم بر هیچ کس پوشیده نیست، سودمندی آن در ارتباط برقرار کردن با تهدید، ایجاد بالقوه پرخاشگری برای مواجهه با تهدید و فراهم نمودن اطلاعاتی برای شناسایی اولویت‌ها و انتظارات مشخص است (نواکو و جارویس^۱، ۱۹۹۴، به نقل از انیل^۲، ۱۹۹۹).

درمان خشم یک کار بالینی چالش‌انگیز است. خشم به خودی خود یک هیجان کارکردی، عادی و دارای ارزش انطباقی است که می‌تواند منابع روان‌شناختی را آماده‌سازی کند، رفتار را برای اعمال اصلاحی نیرومند سازد و مقاومت را تسهیل کند. با این وجود، این هیجان که در زندگی هر روزه ما نهفته است ویژگی بسیاری از اختلالات بالینی و ریشه بسیاری از رفتارهای خشونت‌آمیز و خلاف قانون و ارزش‌های اجتماعی است (انصاری، ۱۳۸۵). در واقع ویژگی مشکل‌ساز این کنترل نکردن آن^۳ است، بدین معنی که فعال شدن، ابراز و تأثیر آن بدون کنترل مناسب، منجر به ایجاد تبعات منفی جسمانی، روانی، محیطی، بین فردی و... می‌شود (نواکو و رابینز^۴، ۱۹۹۹).

بدین ترتیب اگر ما یاد نگیریم که چگونه خشم خود را کنترل کنیم، خشم کنترل ما را بدست خواهد گرفت همچنانکه تحقیقات نشان می‌دهد که تعداد زیادی از افراد جامعه، فاقد مهارت‌های لازم در کنترل خشم می‌باشند (کومینز^۵، ۲۰۰۶).

1. Novaco & Garouies

2. Oneil

3. disregulation

4. Novaco & Robins

5. Cummins

پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که خشم اثر مستقیم و معنی‌داری بر تخلف نوجوان دارد (ماسچی و برادلی^۱، ۲۰۰۸). نرخ رفتارهای بزهکارانه طی سالیان اخیر سیر صعودی داشته است و متوسط سن بزهکاری، بخصوص بزهکاری توأم با خشونت کاهش یافته است (هیون^۲، ۲۰۰۱).

بزهکاری یک پدیده چند علتی است (مادرن و توماس^۳، ۲۰۰۱). پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که میزان خشم در افراد بزهکار و مجرم بیشتر از افراد عادی است (بور، نجمان، کالگان، ویلیامز و انستی^۴، ۲۰۰۱؛ داردن و گینتر^۵، ۱۹۹۶، به نقل از هیون، ۲۰۰۱؛ جورابیچی اغلو و اردوغان^۶، به نقل از افتخاری^۷، ۲۰۰۴؛ تقی‌لو، ۱۳۸۳).

خشم از جمله مؤلفه‌های هیجانی است که اگر بصورت سالم و کنترل شده ابراز نگردد، می‌تواند موجبات رفتارهای پر خاشگرانه را فراهم آورد (لایو^۸، ۲۰۰۱).

از میان درمان‌های متداول روان‌شناختی، در این پژوهش از رویکردهای درمانی هیجان‌مدار^۹ و آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس^{۱۰} به منظور کاهش میزان خشم در نوجوانان پسر بزهکار استفاده گردید. اصول و مبانی رویکرد هیجان‌مدار در اوایل دهه ۱۹۸۰ نخستین بار توسط جانسون و گرینبرگ^{۱۱} که مبتنی بر اصول انسان‌گرایانه و هستی‌گرایانه بود، مطرح شد. پایه و اساس این روش بر خودسازی و رشد شخصی است. احساسات، کلید خود نظم‌بخشی فرد است در این ساختار، روانشناس یا مشاور به عنوان مربیان کنترل و تنظیم احساسات در نظر گرفته می‌شوند که با ایجاد اتحاد درمانی و حفظ آن، دستیابی به هیجانات و فرمول‌بندی مجدد آنها و بازسازی تعاملات کلیدی و مهم (جانسون، ۲۰۰۵) به افراد کمک می‌کنند تا از تجربه احساس خود آگاه شوند. آن را بپذیرند و درک کنند و بدین‌گونه آگاهی، تنظیم و تغییر هیجانات و عواطف را در فرد تقویت می‌کنند (گرینبرگ، ۲۰۰۴). رویکرد EFT با تحقیقات تجربی بسیاری از جمله گرینبرگ و پای‌ویو^{۱۲} (۱۹۹۷)، مک‌کوینی^{۱۳}،

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. Maschi & Bradley | 2. Heaven |
| 3. Mathern & Thomas | 4. Bor, Najman, Callaghan, Williams & Ansty |
| 5. Darden & Ginter | 6. Gorapchioglu & Erdogan |
| 7. Eftekhari | 8. Lau |
| 9. emontial focused therapy | 10. stress inoculation |
| 11. Johnson & Greenberg | 12. Greenberg & Paivio |
| 13. Mc Queeny | |

استانتون و زیگمن^۱ (۱۹۹۷)، پای ویو و نیوون هویس^۲ (۲۰۰۱)، دسالس و جانسون^۳ (۲۰۰۳)، سکستون، ویکز و رایبیز^۴ (۲۰۰۳)، مرحمتی (۱۳۸۶)، رسولی اعتمادی، شفیعی آبادی و دلاور (۱۳۸۶)، حسنی (۱۳۸۷) ارزیابی شده است و در تمامی تحقیقات اثربخشی این رویکرد در زمینه‌هایی چون رضایت‌مندی زناشویی، ناباوری، کاهش اختلالات روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی، ناامیدی) و خانوادگی (مشکلات ارتباطی و جنسی) و افزایش سلامت روان تأیید گردیده است.

از جمله رویکردهای درمانی موفق دیگر، الگویی درمانی به نام «آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس» است که توسط مایکن بام^۵ (۱۹۸۵) مطرح گردید. این روش نوعی مداخله رفتاری-شناختی، چندبعدی و چندجانبه است که هدف آن فراهم آوردن منابع و مهارت‌های شناختی و رفتاری برای مراجع است تا بتواند با موقعیت‌های فشار آفرین مواجه شود و هم واکنش‌های خود را در برابر استرس تنظیم کند. این روش از سه مرحله مفهوم‌سازی، کسب و تمرین رفتاری و بکارگیری مهارت‌ها و پیگیری تشکیل شده است (مینکین، ۲۰۰۷). پژوهش‌های متعددی از جمله نوواکو (۱۹۷۷)، اسکلیچتر و هوران^۶ (۱۹۸۱)، (فیندلر و فریمو^۷، ۱۹۸۳؛ بیست لاین و فریدن^۸، ۱۹۸۴ به نقل از کوری^۹، ۱۹۹۶)، ویلکوکس^{۱۰} (۱۹۹۰)، آپتر^{۱۱} (۱۹۹۵)، کندال^{۱۲} (۲۰۰۰)، مک داید (۲۰۰۷)، مینکین (۲۰۰۷)، صادقی (۱۳۸۰) و انصاری (۱۳۸۵) اثربخشی این رویکرد را در کاهش میزان خشم و پرخاشگری تأیید کرده است.

بنابراین در این مقاله، اثربخشی این دو رویکرد در زمینه کاهش خشم نوجوانان بزهکار بررسی می‌شود. مقایسه و تفاوت تأثیر رویکردهای درمانی هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی بر مقیاس‌های خشم نیز مورد بررسی قرار گرفته است.

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Stanton & Sigmon | 2. Paivio & Nieuwenhuis |
| 3. Dessales & Johnson | 4. Sexton, Weeks & Robbins |
| 5. Michenbaum | 6. Schlichter & Horan |
| 7. Feindler & Fremouw | 8. Bistline & Frieden |
| 9. Corey | 10. Wilcox |
| 11. Apter | 12. Kendal |

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی

بین میزان تأثیر رویکرد هیجان‌مدار با رویکرد آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر کاهش خشم نوجوانان پسر بزه‌کار تفاوت وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی

۱. مشاوره گروهی با رویکرد هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر میزان برون‌ریزی^۱ خشم مؤثر است.
۲. مشاوره گروهی با رویکرد هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر میزان درون‌ریزی^۲ خشم مؤثر است.
۳. مشاوره گروهی با رویکرد هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر میزان کنترل برون‌ریزی^۳ خشم مؤثر است.
۴. مشاوره گروهی با رویکرد هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر میزان کنترل درون‌ریزی^۴ خشم مؤثر است.
۵. مشاوره گروهی با رویکرد هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر میزان شاخص^۵ کلی بیان خشم مؤثر است.

روش پژوهش

روش تحقیق شامل طرح گروه کنترل نابرابر است که از طرح‌های شبه تجربی^۶ می‌باشد.

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری مورد نظر را کلیه پسران بزه‌کار موجود در کانون اصلاح و تربیت شهر تهران در سال ۱۳۸۷ که حدوداً ۳۰۰ نفر بودند تشکیل دادند. در اجرای پژوهش به منظور جلوگیری از ریزش اعضاء گروه از مددجویانی استفاده گردید که برحسب نوع ارتکاب جرمشان، مدت زمان حبس آنها در کانون بیش از دو ماه باشد. بدین منظور با هماهنگی‌های

1. anger expression-out

2. anger expression-in

3. anger control out

4. anger control in

5. Ax-index

6. quasi-experimental

صورت گرفته، پرسشنامه خشم اسپیلبرگر روی ۵۰ نفر از آزمودنی‌ها اجرا گردید. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها را که هم علاقمند به شرکت در جلسات گروه بودند و هم نمرات آزمون خشم آنها بالاتر از حد نصاب بود انتخاب گردیدند و بصورت تصادفی و به قید قرعه در سه گروه ۱۰ نفری یعنی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. همچنین برای تعیین حجم نمونه، مقدار n در بهترین شرایط توان آزمون ۹۹/۷ است، ۱۰ می‌باشد و در حداقل میزان توان آزمون که ۰/۸ است مقدار آن ۵/۳ می‌باشد که با توجه به موارد بدست آمده، حجم نمونه اختیار شده برای گروه‌ها از کفایت برخوردار می‌باشد.

روش اجرای پژوهش

پس از انتخاب نمونه آماری و جایگزینی تصادفی اعضاء در گروه‌های آزمایش و کنترل، پرسشنامه خشم اسپیلبرگر جهت تکمیل به عنوان پیش‌آزمون بر روی نوجوانان بزهکار ارائه گردید. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعمال متغیرهای مستقل آغاز گردید بدین نحو که روش‌های مشاوره گروهی EFT و SIT به دلیل افت آزمودنی در گروه SIT بر روی ۸ نفر و در گروه EFT بر روی ۷ نفر (طی ۱۰ جلسه) هر هفته به مدت ۱/۵ تا ۲ ساعت اجرا گردید و بر روی گروه گواه هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت و در آخرین جلسه گروه، پرسشنامه (STAXI-۲) به عنوان پس‌آزمون روی آزمودنی‌های سه گروه اجرا شد. سپس داده‌های بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱- شیوه اجرای جلسات درمانی دو گروه درمانی

عناوین جلسات مشاوره گروهی به شیوه (EFT)	عناوین جلسات مشاوره گروهی به شیوه (SIT)
(گرینبرگ، ۲۰۰۴؛ جانسون، ۲۰۰۵)	(مایکن بام، ترجمه مبینی، ۱۳۸۶)
آشنایی و ایجاد رابطه حسنه و تقویت درمانی	جلسه اول: آشنایی با قوانین گروه و ایجاد رابطه حسنه و مبتنی بر همکاری
بررسی و کشف هیجانات، شناسایی و تجربه کردن احساسات و پیامدهای آن	جلسه دوم: بررسی ماهیت تعاملی خشم، بررسی نقش افکار و باورها در بروز خشم
بررسی چرخه تنش‌زدایی، کشف هیجانات اولیه اعلام نشده و چرخه‌های منفی تعاملی	جلسه سوم: آموزش آرمیدگی و فن تصویرپردازی ذهنی
بررسی احساسات اولیه و ثانویه در هر موقعیت تعاملی، کشف نیازهای دلبستگی ارضاء نشده	جلسه چهارم: بازسازی شناختی و شناسایی افکار ناکارآمد و پیامدهای آن
تجربه هیجانات متضاد و آموزش تجسم ذهنی و فن خودتسکینی	جلسه پنجم: شناسایی و بررسی خطاهای شناختی و مبارزه با آنها
تنظیم و سازمان‌دهی مجدد پاسخ‌های هیجانی، شناسایی نیازها و اهداف	جلسه ششم: آموزش شیوه حل مسأله و تمرین آن
ادغام کردن موقعیت‌های جدید و ایجاد چرخه‌های دلبستگی ایمن	جلسه هفتم: آموزش فن حواس‌پرتی، فن توقف فکر و تمرین آنها
آموزش ایفای نقش و خلق یک داستان جدید	جلسه هشتم: آموزش خود دستوردهی و گفتگوی درونی هدایت شده
دستیابی به نقش‌های سالم و هیجانات سالم با بازسازی تعاملات	جلسه نهم: مواجهه تدریجی با واقعیت و استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای
دستیابی به هیجانات مثبت‌تر و حفظ آن، جمع‌بندی	جلسه دهم: شناسایی موانع اجرایی و ارائه راهکارهای مناسب جهت حذف موانع، جمع‌بندی

ابزار اندازه‌گیری

ابزار مورد استفاده فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه خشم حالت - صفت اسپیلبرگر (STAXL ۲) بود که می‌توان روی افراد ۱۶ سال به بالا با حداقل ۵ کلاس سواد خواندن اجرا نمود. این پرسشنامه شامل ۵۷ سؤال بوده و از شش مقیاس، پنج خرده مقیاس و یک شاخص بروز خشم تشکیل شده است (اسپیلبرگر، ۱۹۹۹).

در مطالعات اسپیلبرگر (۱۹۸۳) روایی آن براساس اعتبار همگرا و واگرا بدست آمده و پایایی آن براساس ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۹۰۲ است. همچنین ضرایب آلفای کلیه مقیاس‌های برون ریزی خشم، درون ریزی خشم، کنترل خشم و شاخص بیان خشم رضایت‌بخش بوده است.

ضریب آلفای مقیاس‌های این آزمون به وسیله ایزکیان (۱۳۸۱) به روی ۱۲۰ آزمودنی مرد محاسبه شد که برای بروز بیرونی (۰/۶۴) بروز درونی (۰/۵۸) کنترل بیرونی (۰/۷۵) و کنترل درونی خشم (۰/۷۷) گزارش شده است. مختاری (۱۳۸۰) نیز همبستگی مقیاس‌های این پرسشنامه را با پرسشنامه‌های شخصیتی آیزنک و پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر و مدل عاملی خشم بر روی ۶۰۰ دانشجوی از دانشگاه اصفهان و ۳۰ نمونه بیمار روانی محاسبه کرد. همچنین نویدی (۱۳۸۵) نیز پرسشنامه (۲ STAXL) را به همراه پرسشنامه‌های سازگاری و سلامت عمومی بر روی ۱۷۰ نفر دانش‌آموز پسر دوره متوسط اجرا کرد. نتایج این مطالعات نشان داد که پرسشنامه از روایی و پایایی کافی برخوردار بوده و اعتبار آن در پژوهش‌های متعدد مورد تأیید قرار گرفته است.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در پژوهش حاضر، داده‌های آماری در دو بخش روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. و در بخش آمار استنباطی از روش‌های تحلیل واریانس چندگانه، تحلیل کوواریانس، تحلیل واریانس بلوکی و آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید.

یافته‌های پژوهش

با توجه به شاخص‌های آمار توصیفی بدست آمده، میانگین خشم در مقیاس‌های شاخص کلی خشم، کنترل درون ریزی خشم، درون ریزی خشم و برون ریزی خشم در گروه EFT بیشتر از گروه SIT است، بنابراین به نظر می‌رسد که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت وجود دارد که به منظور بررسی دقیق‌تر از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید.

در بخش استنباط آماری به دلیل دارا بودن چندین متغیر وابسته از روش تحلیل واریانس چندگانه^۱ استفاده شد. نظر به آنکه فرض همگنی واریانس و کوواریانس در پژوهش حاضر

1. Multiple analysis of variance (MANOVA)

برقرار بود اثر فیلاپی^۱ که مناسب‌ترین و دقیق‌ترین آزمون در این زمینه می‌باشد مورد بررسی قرار گرفت اما با توجه به اینکه ترکیب خطی که از پیش فرض‌های آزمون مانوا است، وجود نداشت ($F = ۱/۵۳۴$ و $P > ۰/۰۵$) و اثر فیلاپی در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنی‌دار نبود از روش تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

به منظور بررسی فرضیه اصلی مبنی بر اینکه بین میزان تأثیر رویکرد هیجان‌مدار (EFT) و آموزش ایمن‌سازی براسترس (SIT) بر کاهش خشم نوجوانان پسر بزه‌کار تفاوت وجود دارد ابتدا آن را به زیر فرضیات ذیل تبدیل نمودیم.

به منظور بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی بر میزان «شاخص بیان خشم» از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد همانگونه که در جدول ۲ نشان داده شده است اثر متقابل بین پیش‌آزمون و متغیر مستقل در دو گروه وجود ندارد به عبارت دیگر فرض صفر همگنی ضرایب رگرسیون متغیر مستقل و متغیر همپراش را نمی‌توان رد کرد و اثر متغیر مستقل از نظر آماری معنادار بوده است ($P < ۰/۰۱$) و $F = ۱۵/۱۴۶$ پس می‌توان نتیجه گرفت که رویکردهای درمانی SIT و EFT منجر به کاهش شاخص کلی بیان خشم شده است. همچنین توان آزمون در این مقدار ۹۹/۷ شده است.

جدول ۲- خلاصه محاسبات تحلیل کوواریانس مربوط به نمره «شاخص بیان خشم»

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
متغیر همپراش	۴۰۱/۳۵۲	۱	۴۰۱/۳۵۲	۶/۵۱۰	۰/۰۱۹
گروه‌ها	۱۸۶۷/۶۶۵	۲	۹۳۳/۸۳۲	۱۵/۱۴۶	۰/۰۰۰
خطا	۱۲۹۴/۷۶۳	۲۱	۶۱/۶۵۵		
کل	۵۷۹۵۸	۲۵			

به منظور بررسی سؤال پژوهش مبنی بر اینکه آیا بین میزان دو رویکرد درمانی تفاوت وجود دارد؟ از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید که نتایج نشان داد بین دو رویکرد درمانی SIT و EFT در سطح ۹۵ درصد اطمینان $P > ۰/۰۵$ تفاوتی وجود ندارد.

به منظور بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی بر «کنترل برون‌ریزی خشم» از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد اما به علت عدم برقراری

مفروضه‌های تحلیل کوواریانس از روش تحلیل واریانس بلوکی استفاده گردید که نتایج در جدول ۳ منعکس گردیده است.

جدول ۳- خلاصه محاسبات تحلیل واریانس بلوکی مربوط به نمره مقیاس «کنترل برون‌ریزی خشم»

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه‌ها	۱۷۱/۱۰۷	۲	۸۵/۵۵۴	۳/۹۱۲	۰/۰۳۸
نمره پیش‌آزمون	۶۰/۵۲۰	۱	۶۰/۵۲۰	۲/۷۶۷	۰/۱۱۳
خطا	۴۱۵/۵۲۴	۱۹	۲۱/۸۷۰		

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که اثر متغیر مستقل با حذف متغیر تعدیل‌کننده از نظر آماری معنادار است ($P < ۰/۰۵$ و $F = ۳/۹۱۲$) پس می‌توان نتیجه گرفت دو رویکرد درمانی مورد پژوهش منجر به افزایش میزان کنترل برون‌ریزی خشم در نوجوانان شده است. به منظور بررسی سؤال پژوهش از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید که نتایج نشان داد بین دو رویکرد درمانی SIT و EFT در سطح ۹۵ درصد در کنترل برون‌ریزی خشم تفاوتی وجود ندارد، اگرچه هر دو روش تفاوت معناداری با گروه کنترل داشته است. به منظور بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی بر «کنترل درون‌ریزی خشم» به دلیل عدم برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس از روش تحلیل واریانس بلوکی استفاده گردید که نتایج در جدول ۴ مشخص شده است.

جدول ۴- خلاصه محاسبات تحلیل واریانس بلوکی مربوط به نمره مقیاس «کنترل درون‌ریزی خشم»

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه‌ها	۳۶۲/۶۸۶	۲	۱۸۱/۳۴	۶/۶۷۲	۰/۰۰۶
نمره پیش‌آزمون	۹۰/۷۵۲	۱	۹۰/۷۵۲	۳/۳۳۹	۰/۰۸۳
خطا	۵۱۶/۴۵۰	۱۹	۲۷/۱۸۲		

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر متغیر مستقل با حذف متغیر تعدیل‌کننده از نظر آماری معنادار است ($P < ۰/۰۱$ و $F = ۶/۶۷۲$) پس می‌توان نتیجه گرفت دو رویکرد درمانی مورد پژوهش منجر به افزایش میزان کنترل درون‌ریزی خشم شده است. همچنین به منظور

بررسی سؤال پژوهش از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید که نتایج نشان داد بین دو رویکرد درمانی در میزان کنترل درون‌ریزی خشم تفاوت وجود ندارد.

به منظور بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی بر میزان «برون‌ریزی خشم» از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. بدین منظور نمره برون‌ریزی خشم به عنوان متغیر کمکی (همپراش) در نظر گرفته شد. نتایج نشان داد که فرض صفر همگنی ضرایب رگرسیون متغیر مستقل و متغیر همپراش را نمی‌توان رد کرد ($P \leq 0/05$) و $F = 4/252$ و می‌توان نتیجه گرفت که متغیر همپراش بر متغیر وابسته تأثیر گذاشته است اما متغیر مستقل با حذف تأثیر متغیر همپراش بر متغیر وابسته تأثیری ندارد ($P > 0/05$) و $F = 0/462$.

همچنین به منظور بررسی تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی بر میزان «درون‌ریزی خشم» از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد اما به دلیل عدم وجود برخی از مفروضه‌های آن، از روش تحلیل واریانس بلوکی استفاده گردید. نتایج نشان داد که اثر پیش‌آزمون از نظر آماری معنادار نبوده است ($P > 0/05$) و $F = 3/718$ به بیان دیگر نمره پیش‌آزمون، نمره پس‌آزمون را تحت تأثیر قرار نداده و اثر متغیر مستقل با حذف متغیر تعدیل‌کننده نیز از نظر آماری معنادار نیست ($P > 0/05$) و $F = 1/753$.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دو رویکرد درمانی بر کاهش خشم نوجوانان پسر بزهکار مؤثر بوده است. نتایج حاصل از فرضیه‌های فرعی پژوهش حاکی از آن است که دو رویکرد درمانی منجر به کاهش شاخص کلی خشم در نوجوانان بزهکار شده است ($P < 0/01$ و $F = 15/146$). رویکردهای درمانی هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی و عدم وجود تفاوت بین رویکردهای درمانی EFT و SIT در میزان اثربخشی بدین معنا است که هر نوع مداخله درمانی با هر رویکردی تأثیر معنی‌داری در کاهش خشم نشان می‌دهد. به منظور کنترل خشم و کاهش میزان آن قطعاً علاوه بر بعد شناختی (افکار، اعتقادات و باورها) و فیزیولوژیکی (هورمون‌ها و انتقال‌دهنده‌های عصبی) ابعاد دیگری چون

پدیدارشناختی و رفتاری نیز در نظر گرفته می‌شود (اکهارت^۱ و دفن باچر^۲، ۲۰۰۴). بنابراین رویکردهای درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر هر کدام ابعادی از این عوامل تأثیرگذار بر هیجان خشم را مورد توجه قرار داده است. این یافته با نتایج تحقیقات شکیبایی، تهرانی‌دوست، شهریور و آثاری (۱۳۸۳)، مرحمتی (۱۳۸۶)، حسنی (۱۳۸۷)، فیندلر و فریمو (۱۹۸۳)، به نقل از کوری، (۱۹۹۶)، سدا^۳ (۱۹۹۲)، رابینسون، اسمیت و میلر^۴، ۲۰۰۲؛ به نقل از مک داید، (۲۰۰۷) و مینکین (۲۰۰۷) همسو می‌باشد.

با توجه به نتایج تحقیق می‌توان گفت که دو رویکرد درمانی منجر به افزایش میزان «کنترل برون‌ریزی خشم» در آزمودنی‌ها شده است.

روش آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس با آموزش مهارت‌هایی چون توقف فکر، آرمیدگی، تصویرپردازی ذهنی، بازسازی شناختی و حل مسئله و... بر نقش افکار، احساس و رفتار در بروز رفتار نابهنجار تأکید می‌ورزد این رویکرد با افزایش مهارت‌های سازگاران در نوجوانان توانسته است به مراجعان کمک کند تا احساسات خشمگینانه خود را طوری جهت‌دهی کنند که آسیبی به اشیاء و افراد وارد نشود. همچنین در این پژوهش نوجوانان بزهدکار با آموزش و فراگیری مهارت‌های سازگاران برگرفته از رویکرد هیجان‌مدار قادر شدند تا هیجانات منفی درون‌روانی و بین‌فردی خود را تغییر دهند و با شناسایی نیازها و کنترل هیجانات در شیوه ابراز خشم خود تغییر ایجاد نمایند (گرینبرگ و ساfran^۵، ۱۹۸۷). این نتیجه با یافته‌های نوواکو (۱۹۷۷)، هینس و المان^۶ (۱۹۹۴)، شیهی و هوران^۷ (۲۰۰۴)، هرمان و مک ویرتر^۸ (۲۰۰۴)، حسنی (۱۳۸۷) همسو می‌باشد.

در تحقیقات ذکر شده به منظور کنترل خشم و کاهش پرخاشگری از روش‌های شناختی - رفتاری و هیجانی استفاده شده است از آنجا که خشم هیجان چندبُعدی است و در ایجاد آن فیلترهای شناختی، عاطفی، رفتاری، جسمانی و اجتماعی دخیل است بنابراین برای کاهش و کنترل میزان خشم در نوجوانان و بزرگسالان می‌توان از فنون شناختی، رفتاری و عاطفی بهره برد. همچنین با توجه به نتیجه بدست آمده می‌توان گفت که دو رویکرد درمانی هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی منجر به افزایش کنترل درون‌ریزی خشم در نوجوانان بزهدکار شده است.

1. Eckhardt

3. Seda

5. Safran

7. Sheehy & Horan

2. Deffenbacher

4. Smith & Miller

6. Hanis & Ellman

8. Heremann & Mcwhirter

رویکرد SIT با تأکید بر فنون شناختی - رفتاری و رویکرد EFT با تأکید بر خودآگاهی، شناسایی، تنظیم و تغییر هیجانات منجر به افزایش مهارت‌های سازگاران در نوجوانان شده است. این نتیجه با یافته‌های تحقیقات کلنر^۱ (۱۹۹۹)، اسکلیچتر و هوران (۱۹۸۱)، ولازلک^۲ (۱۹۹۰)، میرباقری (۱۳۸۱)، مرحمتی (۱۳۸۶) همسو می‌باشد.

دو رویکرد درمانی (EFT و SIT) منجر به کاهش میزان برون‌ریزی خشم در نوجوانان بزهکار ($P > 0/05$ و $F = 0/462$) نشده است.

افراد برون‌دهنده خشم اغلب خشم خود را به طرف اشیاء و افراد برانگیزنده خشم متوجه می‌سازند و با عامل خشم برخورد می‌کنند (اسپیلبرگر، ۱۹۹۹) براساس دیدگاه مندلر (۱۹۸۲)، به نقل از یورک^۳، (۱۹۹۰) قبل از اینکه هیجان رخ دهد نیاز به انگیزتگی دارد، ولی انگیزتگی در فرایند هیجان فقط یک نظام لازم ثانویه است و درواقع این نظام شناختی است که صحنه اصلی را در اختیار دارد و از آنجایی که وجود هیجانات منفی، کاهش‌دهنده وقوع پاسخ‌های رفتاری مناسب و محدودکننده ظرفیت شناختی و قدرت حل مسأله است (پاکاسلاhti^۴، به نقل از کاکس و هریسون^۵، ۲۰۰۸). براین اساس لزوم مداخلات درمانی به شیوه شناختی - رفتاری و عاطفی ضروری است براساس مداخلات درمانی هیجان‌مدار و ایمن‌سازی، فرد احساسات خشمگینانه خود را تغییر داده و کنترل می‌نماید که با توجه به نتیجه بدست آمده در میزان برون‌ریزی خشم مداخلات درمانی تأثیری نداشته است. این نتیجه با تحقیقات ویلنر^۶ و همکاران (۲۰۰۵)، مک داید (۲۰۰۷)، مرحمتی (۱۳۸۶) همسو نیست. عامل تأثیرگذار در عدم اثربخشی مداخلات درمانی بر مقیاس درون‌ریزی خشم را می‌توان پایدار بودن این صفت در نوجوانان بزهکار و همچنین نیاز به مدت زمان درمانی بیشتر جهت توانمند کردن افراد در ارزیابی شناختی، هیجانی و اعتباریابی افکار و احساسات دانست. همانگونه که یافته‌ها نشان می‌دهد جوانانی که دامنه‌ای از انواع آسیب متوسط تا شدید را در دوران کودکی و مراحل رشد خود تجربه نموده‌اند در ریسک افزایشی رفتاری در خشونت قرار دارند (ماسچی و برادلی، ۲۰۰۸). و میزان بالای خشم و پرخاشگری در نوجوانان بزهکار (تقی‌لو، ۱۳۸۳؛ افتخاری، ۲۰۰۴) نیازمند مداخلات درمانی مستمر و چندمحوری است.

1. Kellner
3. York
5. Cox & Harrison

2. Wlazelek
4. Pakaslahti
6. Willner

همچنین با توجه به نتایج بدست آمده دو رویکرد درمانی هیجان‌مدار و آموزش ایمن‌سازی منجر به کاهش میزان درون‌ریزی خشم در نوجوانان بزهکار نشده است. به اعتقاد اسپیلبرگر، افراد درون‌دهنده خشم، خشم خود را سرکوب می‌کنند و آن را به طرف خود جهت‌دهی می‌کنند (کراهه، ۲۰۰۱). به نظر می‌رسد وجود شرایط نامطلوب مثل محرومیت، ناکامی و احساس ناایمنی در زندان می‌تواند در نتیجه اثرگذار باشد. این نتیجه با تحقیقات (استرمک^۱، ۱۹۸۳، وایسلر^۲، ۱۹۸۶، به نقل از صادقی، ۱۳۸۰)، روزن‌گرین (۱۹۸۷)، تیمونز (۱۹۹۳)، توماس (۲۰۰۱)، مرحمتی (۱۳۸۶) همسو نمی‌باشد بنابراین افزایش اثربخشی رویکردهای درمانی مستلزم آموزش مهارت‌های مقابله‌ای برای مدت زمان طولانی‌تر و نیز کاهش شرایط، محرومیت و ناکامی برای نوجوانان می‌باشد.

به طور کلی می‌توان بیان نمود که اگرچه مشاوره گروهی با رویکرد SIT و EFT بر میزان برون‌ریزی خشم و درون‌ریزی خشم به علت وجود موقعیت محرومیت و شرایط تهدید و پایداری صفت خشم تأثیر نداشته است اما توانسته است با افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و سازگاران در نوجوانان بزهکار، میزان کنترل برون‌ریزی و درون‌ریزی خشم را در آنها افزایش و شاخص کلی بیان خشم را کاهش دهد. نتایج این تحقیق و پژوهش‌های انجام شده، بیانگر آن است که رویکردهای درمانی مورد بررسی و اصولاً هر نوع رویکرد درمانی می‌تواند در کاهش میزان هیجانات منفی و اختلالات رفتاری بزهکاران مؤثر باشد. مهم کاربرد فنون درمانی و برگزاری جلسات مشاوره و روان‌شناسی بصورت پیوسته و مستمر برای مددجویان و خانواده‌های آنها است. بنابراین پیشنهاد می‌شود تا با بکارگیری این مداخلات درمانی در مراکز تربیتی و درمانی، زندان‌ها و سازمان‌های اداری و بهزیستی، به ارتقاء سطح سلامت روانی افراد جامعه پرداخته و بویژه در جهت تعدیل و کاهش مشکلات روان‌شناختی نوجوانان تلاش مجدّانه و مستمر صورت گیرد. همچنین در این راستا همکاری سازمان‌ها، اساتید مجرب و مسئولین مربوطه و برنامه‌ریزی دقیق و جامع ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

انصاری، م. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی درمان‌شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش خشم دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.

ایزکیان، س. ش. (۱۳۸۱). مقایسه خشم و سخت‌رویی بین بیماران مبتلا به فشار خون و افراد عادی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم تهران.

تقی‌لو، ص. (۱۳۸۳). مقایسه عزت نفس، سبک‌های مقابله با فشار روانی و خشم در بزه‌کاران و نوجوانان عادی استان تهران در سال ۸۳ - ۱۳۸۲، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم.

حسنی، ف. (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی دو روش زوج‌درمانی رفتاری - شناختی و هیجان‌محور بر افسردگی، اضطراب، ناامیدی و رضایت زناشویی زوج مرد ناباور، پایان‌نامه دکتری رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.

رسولی، ر. اعتمادی، ا. شفیع‌آبادی، ع. دلاور، ع. (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی مداخله متمرکز بر هیجان به شیوه زوجی و فردی بر کاهش درماندگی رابطه زوج‌ها دارای فرزند با بیماری مزمن. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۱۱(۳): ۴۵ - ۲۸.

شکیبایی، ف. تهرانی دوست، م. شهریور، ز. آثاری، ش. (۱۳۸۳). گروه درمانی مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری در نوجوانان مؤسسه‌ای، تازه‌های علوم شناختی، ۶(۲ و ۱): ۷۲ - ۵۸.

صادقی، ا. (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی آموزش گروهی کنترل خشم به شیوه عقلانی، رفتاری، عاطفی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان.

مختاری، ف. (۱۳۸۰). هنجاریابی مقدماتی پرسشنامه بروز خشم حالت - صفت اسپیلبرگر فرم شماره ۲ (STAXI-2) روی دانشجویان ۲۹ - ۲۰ ساله دانشگاه اصفهان در سال تحصیلی ۷۹ - ۸۰. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم.

مرحمتی، ز. (۱۳۸۶). اثربخشی مشاوره به شیوه تمرکز بر عواطف بر افزایش سلامت روانی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد مرودشت، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت.

میریاقری، م. (۱۳۸۱). بررسی تأثیر برنامه بحث گروهی بر سطح خودپنداره و پرخاشگری نوجوانان پسر دبیرستان‌های منطقه ۶ تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.

نویدی، ا. (۱۳۸۵). ترجمه و هنجاریابی پرسشنامه خشم اسپیلبرگر، تهران: مؤسسه تحقیقاتی علوم رفتاری سینا.

Apter, B. (1995). *Anger management and aggression control: Mastering our emotions and behavioral choices*, Dissertation, Document view, proquest.

Bor, W., Najman, J.H., O Callaghan, M., Williams, G. M., Anstey, K. (2001): *Aggression and the development of delinquent behaviour in children*, Australian Institute of Criminology.

Cox, D.E. Harrison, D.W. (2008). Models of Anger: Contributions from psychophysiology, neuropsychology and the cognitive behavioral perspective, *Structure and Functions*:371-385.

Cory. G. (1996). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. CA: International Thomson publishing Inc.

Cummins. Peter (2006). *Working with Anger: a constructivist approach*, John Wiley & Sons Co. Ltd.

Dessaulles, A., Jognson, S. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*, 31: 345-353.

Echhardt, C., Norlander B., Deffenbacher, J. (2004): The assessment of anger and hostility: A critical review, *Aggression and Violent Behavior*, 9: 17-43.

Eftekhari, A., Turner, A. P., Larimer, M.E. (2004). Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders, *Journal of Addictive Behavior*, 10(3): 105-123.

Greenberg, L.S., & Paivio, S.C. (1997). *Working with the emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Greenberg, L.S., & Safran, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford Press.

Greenberg, L.S. (2004). Emotion-Focused Therapy, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11: 3-16.

- Hains, Anthony A. Ellmann, Steven W. (1994). Stress inoculation training as a preventative intervention for high school youths. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 8(3): 219-232.
- Heaven P.C.L. (2001). *The social psychology of adolescence*, New York, Palgrave.
- Herermann, S. Mcwhirter, G. (2002). *Anger and aggression management in young adolescents*. Available at: www.indiana.edu/~scfesched/angermanagement.pdf.
- Johnson, Susan M. (2005). *Becoming an emotionally focused couple therapist the workbook*, London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Kellner, M. Bry, B. (1999). The effects of anger management groups in a day school for emotionally disturbed adolescents. *Adolescence*, 35(5): 38-45.
- Kendall, P.C. (2000). *Child and adolescent Therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford.
- Krahe, B. (2001). *The social psychology of aggression*, psychological Press, U.S.A.
- Lau, BVK. (2001). *Anger in our age of anxiety: what clinicians can do*, www.Google.com.
- Maschi, T. Bradley, C. (2008). Exploring The Moderating influence of delinquent Peers on the link Between Trauma, Anger, and Violence Among Male Youth: implications for social work practice, Springer Science, *Child and Adolescents Social Work*: 125-138.
- Matherne, M.M. & Thomas, A. (2001). Family environment as a predictor of adolescent delinquency, *Adolescent*, 36: 144-655.
- Mc Daid, Patricia Kathryn. (2007). *The effect of stress inoculation training on the anxiety-related challenging behavior of middle school students with asperger's syndrome*. Document view. Proquest.
- MC Queeney, Debra. Stanton, Annettel. Sigmon, Sandra. (1997). Efficacy of Emotion-Focused and problem-focused Group Therapies for woman with fertility problems. *Journal of Behavioral medicine*. 20(4): 184-202.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training A 20 year update*. in P.M.

- lehrer & R.L. Woolfolk (Eds). Principles. and practice of stress management (2nd ed. pp. 373-406).New York: Guilford.
- Minkin, Jennifer Ilene. (2007). *Biofeedback-assisted stress inoculation training: Thechnology and therapy working together to treat posttraumatic stress disorder*, Dissertation, Document view, Proquest.
- Novaco, R.W. Robins S. (1999). Systemes conceptualization and Treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology*. 55(3). 325-337.
- Novaco, Raymond W. (1977). Astress inoculation Approach to Anger Management in the Training of low Enforcement officers, *American Journal of community psychology*. 5(3): 84-93.
- O Neil, H. (1999). Mananging Anger. Whur V Publishers. Ltd: 10-15, 51-115.
- Paivio, S., & Nieuwenhuis, J.A. (2001). Efficacy of emotionally focused therapy for survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*(14): 109-127.
- Rosengren, David B. (1987). *The program for anger control training (PACT): An intervention for anger adolescents*, document view, Dissertation, Proquest.
- Schlichter, K. Jeffrey, Horan, J.J. (1981). Effects of stress inoculation on the Anger and Aggression Management skills of Institutionalize Juvenile Delinquents. *Cognitive Therapy and Research*, 5 (4): 359-365.
- Seda, Gilbert, Jr. (1992). *Stress inoculation versus social skills training for the treatment of aggesion in emotionally disturbed children*, Document view, Proquest.
- Sexton, Thamas. L. Weeks, Gbiald. R-Robbins, Mibhads. (2003). *Handbook of family therapy: The science and practice of working whith families and couples*. New York: Brunner-Routledge.
- Sheehy, R & Horan, J. (2004). The effects of stress in oculation Training for first year law student. *International Journal of Stress Management*, 11: 152-178.

- Spielberger. C.D. (1999). Professional Manual of the state-Trait Anger Expression inventory-Z. Odessa: *PsychologicalAssessmentResources*.
- Spielberger. C.D. Jacobs. G.A. Russell. S.F. & Grane. R.S. (1983). Assessment of Anger. The state-Trait. Anger scale. *Advances in personality assessment*, 2: 161-189.
- Thomas, S. (2001). Teaching healthy anger management. *Perspectives in Psychiatric Care*. 37(2): 41-48.
- Timmons, Paula Choice. (1993). *A cognitive-behavioral treatment for anger: Comparison of group counseling and computer guidance*, Document view, dissertation, proquest.
- Wilcox, David Allen. (1990). *Anger management with adolescents*. Dissertation, Document view, Proquest.
- Willner and et al, P. (2005). Assessment of anger coping skill in individual with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research*. 49(5): 329-330.
- Wlazelek, Brain Gene. (1990). *The effect of stress inoculation for anger control and relaxation training on anger and related measures with nurses*. Dissertation, Document view, Proquest.
- York. G.F. (1990) Aggression, integrating interpersonal and cognitive perspectives. *psychotherapy*. 27(4): 613-180.