

تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری و صدا بیزاری در جوانان مضطرب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ تهران

علی حاجی ولی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

چکیده

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری و صدا بیزاری در جوانان مضطرب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ تهران به روش نیمه آزمایشی صورت پذیرفته است و جامعه آماری آن را جوانان مضطرب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ تهران تشکیل داده‌اند، نمونه‌برداری به روش هدفمند صورت پذیرفته است، بدین ترتیب که پرسشنامه پرخاشگری به صورت غربالگری در میان جوانان مضطرب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ تهران توزیع شده و بر اساس بیشترین نمره ۴۰ نفر انتخاب شده‌اند. سپس جهت جایگزینی افراد در دو گروه آزمایشی و کنترل از نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شده است. از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) و پرسشنامه صدا بیزاری وو و همکاران (۲۰۱۴) برای اندازه‌گیری متغیرها و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است. یافته‌ها حاکی از آن است که درمان شناختی-رفتاری بر بهبود پرخاشگری با ضریب اتای ۰/۵۷ و صدا بیزاری با ضریب اتای ۰/۳۱ در جوانان مضطرب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ تهران اثربخش است. همچنین درمان شناختی-رفتاری از میان مؤلفه‌های پرخاشگری بر پرخاشگری بدنی، خشم و خصومت به ترتیب با ضرایب اتای ۰/۳۸، ۰/۳۷ و ۰/۳۱ اثربخش نشان داده است و از میان مؤلفه‌های صدا بیزاری بر علائم صدا بیزاری و هیجانات ناشی از صدای بیزاری به ترتیب با ضرایب اتای ۰/۱۷ و ۰/۴۶ اثربخش نشان داده است.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، پرخاشگری، صدا بیزاری

مقدمه

نوجوانی و جوانی از دوره‌های رشدی بسیار حساس و پیچیده فرد و دوران طوفان و تنش شدید است (شریف و کیپ، ۲۰۱۳). به‌واسطه ویژگی‌های تحولی این دوره، جوانان بیش از سایر گروه‌های سنی، دست به رفتارهایی می‌زنند که سلامت حال یا آینده‌شان را در معرض خطر قرار می‌دهد و در مواردی موجب بروز مشکلات رفتاری برای آن‌ها شود (فلوری و همکاران، ۲۰۱۳). در طی سالهای گذشته یک مجموعه رو به رشد تحقیقات حول محور پرخاشگری و مشکلات آن در کودکان و نوجوانان در مدرسه اختصاص یافته است. زیرا رفتار پرخاشگرانه می‌تواند در برخی از کودکان در دوران ابتدایی و مدرسه دیده شود (رجبی و همکاران، ۱۳۹۲). رفتار پرخاشگرانه می‌تواند باعث نتایج منفی از قبیل طرد همسالان و بزه کاری در جوانان شود (ون لیر و همکاران، ۲۰۰۷).

پرخاشگری ارائه محرک آزارنده از فردی به فرد دیگر است به قصد آزار یا قصد آسیب. زمانی که فرد در حال فرار یا دور شدن از محرک است است (رجبی و همکاران، ۱۳۹۲). با این حال انواع مختلف پرخاشگری وجود دارد که ممکن است هیچ تعریف واحدی از پرخاشگری نداشته باشد. در واقع پرخاشگری می‌تواند تظاهرات مختلفی به‌صورت مستقیم یا غیر مستقیم داشته باشد (پولمن، ۲۰۰۸). انواع پرخاشگری، شامل پرخاشگری کلامی، پرخاشگری فیزیکی در برابر دیگران و پرخاشگری فیزیکی علیه اموال می‌باشد که پرخاشگری لفظی یا کلامی ممکن است با یا بدون حمله فیزیکی به دیگران رخ دهد. پرخاشگری غیرمستقیم بدون هرگونه حمله فیزیکی اما با صدمه زدن به دیگران از نوع شایعه اجتماعی، غیبت، تهدید و محرومیت اجتماعی به منظور آسیب رساندن به رابطه‌ها، می‌باشد (جندریو، آرچر، ۲۰۰۵).

رفتار پرخاشگرانه می‌تواند از طریق دو تابع زیر بنایی توضیح داده شود. پرخاشگری واکنشی و فعال (فیت و همکاران، ۲۰۰۹). باتوجه به این ایده پرخاشگری واکنشی می‌تواند با نظریه سرخوردگی و خشم نیز توضیح داده شود از این نظر پرخاشگری واکنشی عملی است که با یک تحریک مثل توهین و یا حمله فعال شود و در نتیجه ممکن است در عمل به‌صورت حالت دفاعی یا عصبانیت نشان داده شود می‌شود. از طرف دیگر پرخاشگری فعال به عنوان یک رفتار تهاجمی است که بدون تحریک فوری تعریف شده اما با انگیزه‌هایی مثل تسلط برای بدست آوردن اموال و یا اهداف این چنینی در گر (پولمن، ۲۰۰۸). پرخاشگری پیش بینی کننده رفتارهای پر خطر بعدی است زیرا این رفتارها می‌تواند رفتارهای بزهکاری، سوء مصرف مواد، افسردگی و افت تحصیلی را در آینده پیش بینی کند (واحدی و همکاران، ۱۳۸۷). با توجه به این که کودکان در قرن بیست و یکم در معرض تاثیرات نامطلوب رسانه‌ها و چالشهای بیشتر در مقایسه با کودکان در دهه‌های گذشته می‌باشند کودکان در این دوره خود را در جامعه همسالان و خانواده و ... می‌بینند (لانا و همکاران، ۲۰۱۰).

یکی از دلایل اصلی مراجعه کودکان، نوجوانان و جوانان به مراکز مشاوره و روان درمانی رفتارهای پرخاشگرانه می‌باشد. توجه به رویکردهای مختلف در زمینه خشم و پرخاشگری درمان‌های مختلفی نیز ارائه شده است، یکی از تکنیک‌های موثر شناختی که به افراد از جمله کودکان در مدیریت رفتارهای پرخاشگرانه کمک می‌کند، رویکرد درمان شناختی- رفتاری است. از جمله مسائل این دوره که پیامدهای منفی اجتماعی، سلامتی و رفتاری داشته و افراد، خانواده و جامعه را متأثر می‌سازد، اختلالات رفتاری برونی‌سازی است (کاستلائو و همکاران، ۲۰۱۴). در جمعیت‌های ارجاعی به درمانگاه‌ها، میزان شیوع این اختلالات بیش از ۵۰ درصد گزارش شده (بیرانی، ۲۰۰۹) و دربرگیرنده دو گروه رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرانه بوده و شامل اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، خنلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای است (خانجانی و هداوندخانی، ۲۰۱۲). پیش‌آگاهی این اختلالات نامطلوب بوده و افراد مبتلا در آینده در معرض خطر مشکلاتی همچون سوء مصرف مواد و الکلیسم، اختلالات

یادگیری، خلقی، اضطرابی، رفتارهای پرخطر، روابط اجتماعی ضعیف و خطر بستری شدن مکرر قرار میگیرند (کبیری و همکاران، ۱۳۹۵). یکی از رویکردهای مؤثر در رفع اختلالات رفتاری نوجوانان، رویکرد شناختی-رفتاری است (هافمن و همکاران، ۲۰۱۲).

درمان شناختی- رفتاری مداخله‌ای درمانی از طریق کاهش فراوانی و شدت پاسخهای سازش‌نیافته درمان‌جویان و آموزش مهارتهای جدید شناختی-رفتاری آنهاست که موجب کاهش رفتارهای ناخواسته و افزایش معنادار در رفتارهای سازش‌یافته میشود. نتایج مطالعات حاکی از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات برونی‌سازی کودکان و نوجوانان است (ریچاردسون و همکاران، ۲۰۱۰). این روش درمانی میتواند باعث کاهش سبکهای پرخاشگرانه، تنبیهی و قدرتی و انفعالی بیجا، پرخاشگری کلامی و واکنشی شده و سبک حل مشکلات اجتماعی شایسته، سازگاری اجتماعی، جرأت‌مندی و پذیرش خویشتن را افزایش دهد (کاب و همکاران، ۲۰۰۶).

از سوی دیگر، مدل‌های اکولوژیک تحول تأکید دارند که رفتارها، نتیجه تعامل ویژگی‌های فرد و بافت تحولی آنهاست؛ این مدل چارچوب مناسبی برای مطالعه عواملی که خطر ایجاد رفتارهای مشکل‌ساز را افزایش میدهند فراهم مینماید؛ از اینرو، برجسته‌ترین عامل در بروز مشکلات هیجانی و رفتاری در فرزندان، بافت و محیط خانواده است (کبیری و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین اثربخشی رفتاری-درمانی تأثیر به‌سزایی در بیماری میسوفونیا دارد. میسوفونیا - وضعیتی است که با واکنشهای عاطفی و فیزیولوژیکی نامساعد قوی نسبت به برخی از صداها مشخص می‌شود - یک وضعیتی است که جدیداً مورد بررسی قرار گرفته است که به‌طور تجربی به خوبی درک نشده است (شوارتز و همکاران ۲۰۱۱). گاهی اوقات صدای انتخابی نامیده می‌شود. سندرم حساسیت (SSSS یا S4) یا حساسیت به صدای نرم، ایزوفونی در DSM-V گنجانده نشده است (APA، ۲۰۱۳)، هیچ فرمول تشخیصی رسمی ندارد و تنها در چند مقاله تحقیقی به آن اشاره شده است. بسیاری تا به حال در مورد این بیماری نشنیده بودند (لیکر، ۲۰۱۲، دوش، ۲۰۱۲).

یکی از پیامدهای مثبت افزایش اخیر مفهوم میسوفونیا و شناخت رسانه‌ای این است که بیماران را وادار کرده است تا در جامعه ظاهر شوند. اما متأسفانه، با چنین تحقیقات کمی در مورد میسوفونیا و تکرار آن، پزشکان (که بیشتر آنها شنوایی شناس هستند) با دریافت این موج جدید از بیماران، اغلب با نحوه مراقبت از آنها دست و پنجه نرم می‌کنند (برنستین و همکاران، ۲۰۱۳).

واژه صدا بیزاری توسط جاستربوف و دیگران در سال ۲۰۰۱ معرفی شد (وو و عرفانیان، ۲۰۱۸). صدابیاری نوعی کاهش تحمل صدا و عدم تحمل برخی از محرک‌های ماشه‌ای چون جویدن، تنفس، کلیک روی قلم، نوشتن و سروصدا است که توسط فردی غیر از فرد مبتلا ایجاد می‌شود (شرودر و همکاران، ۲۰۱۳) و این محرک‌ها در افراد باعث برانگیختگی فیزیولوژیکی (مانند فشار در قفسه سینه، شانه‌ها، سر یا کل بدن و همچنین افزایش دمای بدن، درد یا مشکلات تنفسی) (دوزیر و موریسون، ۲۰۱۷) و ایجاد احساسات ناخواسته (مانند پرخاشگری، انزجار، تحریک یا اضطراب) می‌شوند (عرفانیان و همکاران، ۲۰۱۸). براین اساس صدابیاری به‌طور قابل توجهی بر کیفیت زندگی افرادی که از آن رنج می‌برند تأثیر می‌گذارد که در دوران کودکی و نوجوانی در حال پیشرفت است (کومار و همکاران، ۲۰۱۷) و علائم آن باگذشت زمان افزایش می‌یابد (روو و عرفانیان، ۲۰۱۷). البته اطلاعات کمی در مورد تأثیر عوامل فرهنگی بر علت، ارائه و یا حفظ صدا بیزاری وجود دارد، اما شواهد علمی موجود نشان می‌دهد که این پدیده محدود به کشور و یا فرهنگ خاصی نیست (روو و عرفانیان، ۲۰۱۸) و با توجه به تحقیقات انجام‌گرفته شیوع صدابیاری نسبتاً زیاد است (جاستربوف و جاستورف، ۲۰۱۴).

در این تحقیق تلاش داریم که درمان رفتاری شناختی ممکن است یک درمان موثر برای مکانیسم های اساسی دخیل در میسوفونیا باشد. بر اساس این فرض که این بیماری یک اختلال شنوایی ناشی از هرگونه ناهنجاری آناتومیکی نیست بلکه در عوض از یک ارتباط بیش از حد حساس بین سیستم عصبی لیمبیک و سمپاتیک ناشی می شود (جاستروف و هازل، ۲۰۰۴)، فرض می شود این حساسیت بیش از حد SNS ممکن است نشان دهنده یک اثر آستانه ای باشد که می تواند تغییرات در شناخت، فیزیولوژی و رفتار را ایجاد کند. منطق بیشتر برای کاربرد درمان رفتاری شناختی از این واقعیت ناشی می شود که مبتلایان به میسوفونی اغلب نسبت به صداهایی که دیگران تولید می کنند واکنشهای منفی بسیار قوی تری نسبت به آنهایی که توسط افراد غریبه ایجاد می شود، نشان می دهند، که نشان دهنده یک جزء انتسابی قوی به سندرم است. در واقع، در حال حاضر شواهد حدیثی وجود دارد که نشان می دهد درمان رفتاری شناختی ممکن است به طور موثری میسوفونیا را درمان کند. مقالات مجلات پزشکی اخیر (به عنوان مثال شوارتز و همکاران ۲۰۱۱) بیان می کنند که درمان رفتاری شناختی ممکن است به مشتریان در مدیریت احساسات و رفتارهای خود هنگام شنیدن یا پیش بینی صداهای توهین آمیز کمک کند. با این حال، هیچ مطالعه تجربی اثر درمان رفتاری شناختی را برای درمان میسوفونیا آزمایش نکرده است و هیچ مطالعه موردی یک پروتکل موفق درمان درمان رفتاری شناختی را مستند نکرده است.

مستند بر این مطالب این مطالب بر آن است تا به این سوال اصلی پاسخ دهد که آیا درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری و صدا بیزاری در جوانان مضطرب مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ تهران اثربخش است؟

روش شناسی

پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع کارآزمایی بالینی است که به صورت پیش آزمون و پس آزمون هر ۲ گروه، ۲ بار مورد مشاهده یا اندازه گیری قرار گرفته اند. نخستین مشاهده با اجرای پیش آزمون، دومین آن با اجرای پس آزمون صورت گرفته است. در این طرح گروه اول، کاربندی آزمایشی اول یعنی درمان شناختی - رفتاری و گروه دوم، گروه کنترل که هیچ نوع مداخله ای را دریافت نکرده است و تنها فقط پیش آزمون ها و پس آزمون های مربوطه را دریافت می کند. جامعه آماری تحقیق حاضر کلیه جوانان مضطرب مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ تهران می باشد. با توجه به این که این مطالعه به روش نیمه آزمایشی صورت گرفته است و در چنین مطالعه ای بخاطر رعایت شرایط آزمایشی امکان این که حجم گروه ها زیاد باشد، وجود ندارد و با توجه به کوچک بودن جامعه آماری ۴۰ نفر از جوانان مضطرب مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ تهران به عنوان حجم نمونه انتخاب شده اند. پرسشنامه پرخاشگری به صورت غربالگری در میان جوانان مضطرب مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ تهران توزیع شده و بر اساس بیشترین نمره ۴۰ نفر انتخاب شده اند. سپس جهت جایگزینی افراد در دو گروه آزمایشی و کنترل از نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شده است. معیارهای ورود عبارت بودند از:

فرد مبتلا به اضطراب باشد. فرد فاقد بیماری جسمانی یا نورولوژیکی خاص باشد. تحت دارو درمانی یا روان درمانی برای مشکل فعلی نباشد و تکمیل فرم موافقت برای درمان. معیارهای خروج شامل همبودی با سایر اختلالات روانی و اعلام انصراف از ادامه همکاری بود. در این تحقیق متغیر پنهان مستقل اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، متغیرهای پنهان وابسته کاهش پرخاشگری و صدابیزاری بودند. پروتکل درمان شناختی - رفتاری ترسیم شد و برای اندازه گیری پرخاشگری از پرسشنامه باس و پری (۱۹۹۲) و برای اندازه گیری صدا بیزاری از پرسشنامه وو و همکاران (۲۰۱۴) استفاده شد. در مرحله اجرای پژوهش پس از ارائه توضیحات مقدماتی درباره ابزار اندازه گیری و هدف از اجرای آزمون، نحوه پاسخ گویی به آزمون ها برای شرکت

کنندگان به طور مفصل شرح داده شد. در خصوص ملاحظات اخلاقی پس از کسب رضایت نامه از افراد و دادن آگاهی های لازم، به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده فقط در این پژوهش استفاده خواهد شد و از هرگونه سوء استفاده محفوظ خواهد بود. برای اندازه گیری متغیرهای پژوهش از پرسش نامه محقق ساخته استفاده شد. این پرسش نامه حاوی سوالاتی بود که قادر به اندازه گیری متغیرهای تحقیق بود. مقیاس پاسخگویی به آن طیف پنج نقطه ای لیکرت است. برای تأیید روایی آن نسخه ای از در اختیار اساتید قرار گرفت. سپس برخی از سوالات که ثقیل، نامفهوم، دوپهلو یا بدون ارتباط به موضوع، قلمرو مکانی و جامعه آماری بودند از پرسشنامه حذف و برخی سوالات و گویه ها به شیوه ای رساتر و بهتر بیان گنجانده شدند. در سطح استنباطی، متناسب با سطح سنجش داده ها و مفروضات آماری، از آزمون تحلیل کوریانس جهت آزمون فرضیه ها استفاده شد.

نتایج

(جدول ۱) و (جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تحقیق را نشان می دهد.

جدول ۱. آماره‌های مربوط به مؤلفه‌های پرخاشگری

آماره ها		گروه‌ها	آزمون	مؤلفه ها
30.32	میانگین	آزمایشی	پیش‌آزمون	پرخاشگری بدنی
3.513	انحراف استاندارد			
29.95	میانگین	کنترل		
3.120	انحراف استاندارد			
27.58	میانگین	آزمایشی	پس‌آزمون	
4.194	انحراف استاندارد			
29.40	میانگین	کنترل		
3.050	انحراف استاندارد			
16.58	میانگین	آزمایشی	پیش‌آزمون	پرخاشگری کلامی
1.774	انحراف استاندارد			
16.80	میانگین	کنترل		
1.795	انحراف استاندارد			
15.63	میانگین	آزمایشی	پس‌آزمون	
1.832	انحراف استاندارد			
16.05	میانگین	کنترل		
1.849	انحراف استاندارد			
27.21	میانگین	آزمایشی	پیش‌آزمون	خشم
2.800	انحراف استاندارد			
25.70	میانگین	کنترل		

2.849	انحراف استاندارد			
25.63	میانگین	آزمایشی	پس آزمون	
2.910	انحراف استاندارد			
25.30	میانگین	کنترل		
2.958	انحراف استاندارد			
27.21	میانگین	آزمایشی	پیش آزمون	
2.955	انحراف استاندارد			
25.70	میانگین	کنترل		
2.993	انحراف استاندارد			
25.63	میانگین	آزمایشی	پس آزمون	
3.095	انحراف استاندارد			
25.45	میانگین	کنترل		
2.982	انحراف استاندارد			
101.3158	میانگین	آزمایشی	پیش آزمون	
10.83745	انحراف استاندارد			
98.1500	میانگین	کنترل		
7.65902	انحراف استاندارد			
94.3158	میانگین	آزمایشی	پس آزمون	
10.90898	انحراف استاندارد			
95.7000	میانگین	کنترل		
7.39203	انحراف استاندارد			

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های صدابیزاری

آماره‌ها		گروه‌ها	آزمون‌ها	مؤلفه‌ها
20.11	میانگین	آزمایشی	پیش‌آزمون	علائم صدا بیزاری
3.281	انحراف استاندارد			
20.05	میانگین	کنترل		
2.704	انحراف استاندارد			
17.58	میانگین	آزمایشی	پس‌آزمون	
3.024	انحراف استاندارد			
18.95	میانگین	کنترل		
2.819	انحراف استاندارد			
17.32	میانگین	آزمایشی	پیش‌آزمون	هیجان‌ناشی از صدا بیزاری
3.001	انحراف استاندارد			
17.10	میانگین	کنترل		
2.447	انحراف استاندارد			
15.42	میانگین	آزمایشی	پس‌آزمون	
3.079	انحراف استاندارد			
16.40	میانگین	کنترل		
2.437	انحراف استاندارد			
37.4211	میانگین	آزمایشی	پیش‌آزمون	صدا بیزاری
6.23891	انحراف استاندارد			
37.1500	میانگین	کنترل		
5.03958	انحراف استاندارد			
33.0000	میانگین	آزمایشی	پس‌آزمون	
5.68624	انحراف استاندارد			
35.3500	میانگین	کنترل		
5.11216	انحراف استاندارد			

در جدول فوق شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مربوط به صدا بیزاری قبل و بعد از مداخله درمان شناختی-رفتاری به تفکیک در دو گروه آزمایش و کنترل آورده شده است. جدول زیر شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره مؤلفه‌های پرخاشگری را بعد از مداخله درمان شناختی-رفتاری نشان می‌دهد.

(جدول ۳) و (جدول ۴) نیز نرمال بودن متغیرهای تحقیق را نشان می‌دهد.

جدول ۳. کولموگراف- اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن مؤلفه‌های پرخاشگری

ردیف	پر خاشگری بدنی		پر خاشگری کلامی		خشم		خصوصیت	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
K-S	.698	.826	.740	.793	.887	.692	.776	.385
Sig	.715	.502	.644	.555	.411	.725	.584	.998

چنانچه از نتایج (جدول ۳) استنباط می‌شود، میزان ضرایب کولموگروف- اسمیرنف در مورد همه مؤلفه‌های پرخاشگری با توجه به سطوح اطمینان که از ۰/۰۵ بیشتر گزارش شده‌اند، معنی‌دار نشان نداده‌اند بنابراین، در مورد این مؤلفه‌ها به کار بستن آزمون‌های پارامتریک و مشخصاً در این مطالعه آزمون تحلیل کوواریانس بلا مانع است.

جدول ۴. کولموگراف- اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن مؤلفه‌های صدا بیزاری

ردیف	علائم صدا بیزاری		هیجان‌ناشی از صدا بیزاری	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
K-S	.938	.678	.887	.924
Sig	.342	.748	.411	.361

چنانچه از نتایج (جدول ۴) استنباط می‌شود، میزان ضرایب کولموگروف- اسمیرنف در مورد همه مؤلفه‌های صدا بیزاری با توجه به سطوح اطمینان که از ۰/۰۵ بیشتر گزارش شده‌اند، معنی‌دار نشان نداده‌اند بنابراین، در مورد این مؤلفه‌ها به کار بستن آزمون‌های پارامتریک و مشخصاً در این مطالعه آزمون تحلیل کوواریانس بلا مانع است.

فرضیه اصلی: درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری و صدا بیزاری در جوانان مضطرب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ تهران اثربخش است.

برای مقایسه همزمان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری و صدا بیزاری در دو گروه آزمایشی و کنترل با توجه به اینکه متغیرهای فوق با هم همبستگی ($r=0/65$) دارند، از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شده است.

که بیان شده برای بررسی فرضیه اول از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است.

تحلیل‌های مربوط به اثرات بین آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده در (جدول ۵) قابل مشاهده است:

جدول ۵. آنالیز کوواریانس چندمتغیره مربوط به متغیرهای پرخاشگری و صدا بیزاری در دو گروه کنترل و آزمایش

منابع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	معنی داری Sig.	مجذور ایتا
گروه	پر خاشگری	182.208	1	182.208	46.928	.000	.573
	صدا بیزاری	55.264	1	55.264	15.615	.000	.309

جدول ۶. آماره های مربوط به متغیرهای پرخاشگری و صدا بیزاری

متغیرهای وابسته	گروه ها	میانگین	خطای استاندارد
پرخاشگری	آزمایشی	92.717	.462
	کنترل	97.219	.449
صدا بیزاری	آزمایشی	32.934	.441
	کنترل	35.413	.429

با توجه به (جدول ۶) فوق میان پرخاشگری بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=46.928$ و $sig.<0.01$)، به این صورت که میانگین پرخاشگری بعد از مداخله در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است، متغیر گروه (کنترل و آزمایش) 57 درصد از تغییرات پرخاشگری را تبیین می کند. با توجه به (جدول ۶) میان میانگین صدا بیزاری بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=15.615$ و $sig.<0.01$)، به این صورت که میانگین صدا بیزاری بعد از مداخله در گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل است، متغیر گروه (کنترل و آزمایش) ۳۱ درصد از تغییرات صدا بیزاری را تبیین می کند.

فرضیه فرعی ۱: درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه های پرخاشگری (پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت) در جوانان مضطرب مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ تهران اثربخش است. برای بررسی این فرضیه فرعی پژوهش نیز از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شده است.

برای بررسی همگنی شیب خط رگرسیون به وجود رابطه ی متغیر اثر متقابل بین گروه و متغیر وابسته می پردازیم، (جدول ۷) نتایج این آزمون را نشان می دهد:

جدول ۷. بررسی همگنی شیب خط رگرسیونی مؤلفه های پرخاشگری

منابع	متغیرها	مجموع توان دوم	درجه آزادی	میانگین توان دوم	F	Sig.
اثر متقابل بین متغیرهای مستقل (قبل از مداخله) و گروه	پرخاشگری بدنی	.730	1	.730	1.613	.214
	پرخاشگری کلامی	1.340	1	1.340	2.959	.096
	خشم	4.916	1	4.916	1.994	.169
	خصومت	.195	1	.195	.407	.528

با توجه به این که مقدار Sig برای اثر متقابل بین متغیرهای گروه و مستقل قبل از مداخله بیشتر از ۰/۰۵ بوده، در نتیجه پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون رعایت شده است. بر اساس نتایج آزمون‌های باکس، لامبدای ویلکز و لون، تحلیل‌های مربوط به اثرات بین آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده در (جدول ۸) و (جدول ۹) قابل مشاهده است:

جدول ۸. آنالیز کواریانس چندمتغیره مربوط به مؤلفه‌های پرخاشگری در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	معنی داری Sig.	مجذور ایتا
پرخاشگری بدنی	51.361	1	51.361	20.017	.000	.378
پرخاشگری کلامی	.264	1	.264	.532	.471	.016
خشم	9.477	1	9.477	19.887	.000	.376
خصومت	14.810	1	14.810	31.570	.000	.489

جدول ۹. آماره‌های مربوط به پس‌آزمون مؤلفه‌های پرخاشگری

متغیرهای وابسته	گروه‌ها	میانگین	خطای استاندارد
پرخاشگری بدنی	آزمایشی	27.238	.383
	کنترل	29.724	.373
پرخاشگری کلامی	آزمایشی	15.755	.169
	کنترل	15.933	.164
خشم	آزمایشی	24.914	.165
	کنترل	25.982	.161
خصومت	آزمایشی	24.854	.164
	کنترل	26.189	.159

با توجه به جدول فوق بین میانگین پرخاشگری بدنی بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=20.017$ و $sig.<0.01$)، به این صورت که میانگین پرخاشگری بدنی بعد از مداخله در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است، متغیر گروه (کنترل و آزمایش) 38 درصد از تغییرات پرخاشگری بدنی را تبیین می‌کند.

با توجه به جدول فوق میان میانگین پرخاشگری کلامی بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($F=.532$ و $sig.<0.05$)، به این صورت که میانگین پرخاشگری کلامی بعد از مداخله در گروه آزمایش کاز گروه کنترل نیست، لذا درمان شناختی رفتاری در تبیین پرخاشگری کلامی ایفای نقش نمی‌کند.

با توجه به جدول فوق میان میانگین خشم بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=19.887$ و $sig.<0.01$)، به این صورت که میانگین خشم بعد از مداخله در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است، متغیر گروه (کنترل و آزمایش) 37 درصد از تغییرات خشم را تبیین می‌کند.

با توجه به جدول فوق میان میانگین خصومت بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=31.570$ و $sig.<0.01$)، به این صورت که میانگین خصومت بعد از مداخله در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است، متغیر گروه (کنترل و آزمایش) 31 درصد از تغییرات خصومت را تبیین می‌کند.

فرضیه فرعی 2: درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های صدا بیزاری (علائم صدا بیزاری و هیجانات ناشی از صدا بیزاری) در جوانان مضطرب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ تهران اثربخش است.

برای بررسی این فرضیه فرعی پژوهش نیز از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شده است (جدول ۱۰).

جدول ۱۰. نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی تفاوت نمرات میانگین مؤلفه‌های صدا بیزاری در گروه‌های

آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ای‌تا
علائم صدا بیزاری	20.531	1	20.531	7.212	.011	.171
هیجانات ناشی از صدابیزاری	13.362	1	13.362	29.834	.000	.460

جدول ۱۱. مقایسه آماره‌های نهایی مربوط به مؤلفه‌های صدا بیزاری به تفکیک گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه‌ها	میانگین	خطای استاندارد
علائم صدا بیزاری	آزمایشی	17.534	.388
	کنترل	18.993	.378
هیجانات ناشی از صدابیزاری	آزمایشی	15.320	.154
	کنترل	16.496	.150

همان گونه که در (جدول ۱۱) مشاهده می‌شود برای علائم صدا بیزاری مقدار F محاسبه شده (۷,۲۱۲) در سطح ($p \leq 0/05$) از لحاظ آماری معنادار است که بیانگر تفاوت اثر شرایط آزمایش بر متغیر وابسته علائم صدا بیزاری است. با توجه به اینکه مجذور ای‌تا (۰/۱۷) محاسبه شده است و با توجه به معنی‌دار بودن میزان F نشان دهنده آن است که این میزان 17 درصد از تغییرات علائم صدا بیزاری را تبیین می‌کند و از لحاظ آماری معنی‌دار است. همچنین در (جدول ۱۱) مشاهده می‌شود برای مؤلفه هیجانات ناشی از صدابیزاری مقدار F محاسبه شده (۲۹,۸۳۴) در سطح ($p \leq 0/01$) از لحاظ آماری معنادار است که بیانگر تفاوت اثر شرایط آزمایش بر متغیر وابسته هیجانات ناشی از صدابیزاری است. با توجه به اینکه مجذور ای‌تا (۰/۴۶) محاسبه شده است و با توجه به معنی‌دار بودن میزان F نشان دهنده آن است که این میزان 46 درصد از تغییرات هیجانات ناشی از صدابیزاری را تبیین می‌کند و از لحاظ آماری معنی‌دار است.

نتیجه گیری

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در خصوص فرضیه اصلی تحقیق حاکی از آن است درمان شناختی-رفتاری بر بهبود پرخاشگری با ضریب اتای ۰/۵۷ و صدا بیزاری با ضریب اتای ۰/۳۱ در جوانان مضطرب مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ تهران اثربخش است.

مروری بر پیشینه پژوهشی پیرامون درمان شناختی-رفتاری نشان داده است که این مداخله درمانی بر متغیرهایی که با پرخاشگری ارتباط تنگاتنگ دارند موثر واقع شده است، درمان شناختی-رفتاری بر اختلال رفتاری کودکان (محمدی، ۱۳۸۲)، کاهش رفتارهای ضد اجتماعی و پرخاشگر، افزایش کنترل خود، افزایش سطح سلامت روانی (باباپورخیرالدین و همکاران، ۱۳۸۲)، افزایش خود کنترلی، خودکارآمدی و کاهش تکانشوری در دانش آموزان دارای استعداد اعتیاد (ابوالقاسمی، دادفر و نبی دوست، ۱۳۹۵)، سازگاری اجتماعی دانش آموزان کمرو (احدی و همکاران، ۱۳۸۸)، احساس امنیت (احمدی و الهام فر ۱۳۹۶)، افکار خودکشی سربازان (زاهدی اصل و خدری، ۱۳۹۶)، تابآوری، رضایت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای خانواده افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (مهدوی و خفایق، ۱۳۹۵ و سازگاری دختران نوجوان ناسازگار (دانش و همکاران، ۱۳۹۴) تاثیر می گذارد. از این یافته ها می توان به صورت ضمنی به عنوان پشتیبان یافته های این مطالعه یاد نمود. همچنین، نتایج یک فراتحلیل (کیرستن، ۲۰۱۴) در خصوص متغیرهای تعدیل کننده در بین درمان رفتار درمانی شناختی و رفتار پرخاشگرانه نشان داده است که این مداخله درمانی بر کاهش پرخاشگری تاثیر متوسط بر جای می گذارد و برنستین و دهلی (۲۰۱۳) در یک مطالعه موردی نشان دادند که دوره کوتاه درمان شناختی-رفتاری برای درمان میسوفونی اثربخش بوده است. در ادبیات پژوهشی داخلی هیچ مطالعه ای وجود ندارد که به بررسی اثربخشی مداخلات درمانی رایج بر صدا بیزاری پرداخته باشد.

در خصوص تبیین یافته های این مطالعه می توان این گونه استدلال نمود که درمان شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و صدا بیزاری جوانان مضطرب ایفای نقش کرده است را می توان به ماهیت این مداخله درمانی در ارتباط قرار داد، فرض بنیادی درمان شناختی-رفتاری این است که افکار و احساسات به هم وابسته اند و شیوه های تفکر بر رفتار اثر می گذارند. براساس فرض درمان شناختی-رفتاری، هرچند فرد نمی تواند احساساتش را در مورد رویدادها تغییر دهد اما می تواند افکارش را در باره ی آنها آزموده و اطمینان حاصل کند که آیا دید متعادلی از رویدادها دارد یا خیر. اگر دید فرد نامتعادل باشد آنگاه واکنش های عاطفی او هم نامتعادل خواهد بود. در درمان شناختی-رفتاری، فرآیند درمان به گونه ای طراحی شده است که افکار یا شناخت های منفی مشخص گردیده، پیوندهای بین شناخت، عاطفه و رفتار تعیین شده، و شواهدی مخالف افکار خود آیند تحریف شده را بررسی نموده تا سرانجام تغییر واقع گرایانه را جایگزین شناخت های تحریف شده نمایند (بهرامی، ۲۰۰۵). در این راستا، درمانگران شناختی-رفتاری از راهبردها و فنون شناختی مختلف مانند ربط دادن افکار به موقعیت ها و عواطف، جمع آوری شواهد و شناسایی تحریف های فکری، آزمایش ها، کشف باورها و پیش فرض های محوری و زیربنایی استفاده می کنند (بایلینگ، ۲۰۰۶، ترجمه ی خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹)، در این مداخله درمانی تکنیک هایی از جمله آموزش روش حل مسئله^۱، کنترل افکار خوآیند منفی، بازسازی شناختی^۲، آموزش مثبت نگری، روش پیکان وارونه به گونه ای شکل گرفته اند که با ریشه کن کردن به آنچه ریشه و بنیان پرخاشگری را ایجاد می کند، به کاهش آن منجر می شوند، صدا بیزاری هم چنانچه در مبانی نظری و ادبیات پژوهشی ارایه شد، تا حدود زیادی با تکنیک های یاد شده در پروتکل درمانی یاد شده تعدیل

^۱. problem - solving

^۲. Cognitive Restructuring

می شود، به خصوص تکنیک های آموزش روش حل مسئله، بازسازی شناختی و آموزش مثبت نگری از توان لازم برای تعدیل و کاهش صدا بیزاری برخوردارند.

در مورد فرضیه فرعی اول مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه های پرخاشگری (پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت) نتایج تحلیل کوواریانس در خصوص این فرضیه نشان داده اند که درمان شناختی-رفتاری از میان مؤلفه های پرخاشگری بر پرخاشگری بدنی، خشم و خصومت به ترتیب با ضرایب اتای ۰/۳۸، ۰/۳۷ و ۰/۳۱ اثربخش نشان داده است.

در این راستا تا کنون چند مطالعه صورت گرفته است، هر چند از ابزارهای مختلفی بهره گرفته شد، ولی نتایج این مطالعات را می توان از لحاظ مضمون با یافته های مربوط به این فرضیه مورد مقایسه قرار داد، نتایج مطالعه فرجی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اینکه درمان شناختی- رفتاری در کاهش پرخاشگری کلی، پرخاشگری بدنی، پرآخاشگری کلامی، خشم و خصومت میان دانش آموزان دبیرستانی اثربخش است و نتایج مطالعه پیراسته (۱۳۹۸) دال بر این که آموزش درمان شناختی- رفتاری منجر به کاهش پرخاشگری نوجوانان در هر سه مؤلفه رفتار پرخاشگرانه، احساس پرخاشگرانه و افکار پرخاشگرانه می شود و نتایج مطالعه رحیمی احمدآبادی و همکاران (۱۳۹۲) که حاکی از آن بود که گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش پرخاشگری مبتلایان به ضربه به سر اثربخش بوده است و نتایج مطالعه رجبی و همکاران (۱۳۹۲) که بیانگر آن بود که درمان شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش پرخاشگری واکنشی کلامی و رابطه ای در کودکان شود، با یافته های مربوط به این مطالعه در مورد متغیر پرخاشگری همسوئی نشان می دهد.

به منظور تبیین این یافته ها ابتدا لازم است بیان شود که درمان شناختی - رفتاری بر پرخاشگری رفتاری اثربخش نبوده است، این رویکرد در کنترل و کاهش رفتار پرخاشگرانه از جمله رویکردهای موفق بوده است. در این رویکرد کاهش پرخاشگری بر اساس بازسازی شناختی و کنترل خشم استوار است. نواکو^۲ (۱۹۹۸) یکی از بنیان گذاران کنترل خشم به شیوه شناختی-رفتاری برای کاهش رفتار پرخاشگرانه معتقد است که خشم موجب رفتار پرخاشگرانه می شود ولی نتیجه کامل و خود به خودی خشم نیست. چون پرخاشگری توسط مکانیسم های بازداری کنترل می شود و در ایجاد آن عوامل بیرونی و درونی موثرند. رویکرد موناکو که از الگوی درمانی ایمن سازی در برابر استرس پیروی می کند، نوعی روش آموزش مهارت های کنار آمدن است که هدف آن فراهم آوردن منابع شناختی و رفتار برای مراجع است تا بتواند با موقعیت های فشار آفرین مواجه شود و واکنش های خود را در برابر استرس تنظیم کند. در این رویکرد فرض بر آن است که ابتدا به وسیله مهارت های کنار آمدن و سپس با مواجه کردن مراجع با میزانی قابل کنترل از محرک فشار آفرین کارآمد واقع می شود. این روش ها با این هدف تهیه شده اند تا به مراجع کمک کنند تا کنار آمدن با رویدادهای فشار آفرین را بیاموزد. این روش درمانی نوعی مداخله شناختی درمانی است که بر پایه اصول نظری مبتنی بر نقش میانجی گرایانه شناخت ها در هیجان ها و رفتار ها پا گرفته است. روش های کنترل خشم بر این دیدگاه استوارند که ساختاری که فرد از موقعیت در ذهن خود ایجاد می کند، به ویژه توسط انتظارات و ارزیابی های او، برانگیختگی هیجانی و مجموعه اعمالی را که ناشی از این برانگیختگی است، تعیین می کند. یکی از روش های رفتاردرمانی شناختی است که در مشکلات رفتاری نوجوانان نیز مداخلات سودمندی ارائه داده و در درمان و مهار خشم نیز کارایی آن مورد تایید قرار گرفته است، دیدگاه ایس و درمان عقلانی- رفتاری- عاطفی می باشد. در دیدگاه ایس

۱. Novaco

خشم به علت تاثیر افکار غیرمنطقی بر احساسات و رفتار افراد ایجاد می شود و درمان پرخاشگری نیز بوسیله تصحیح و تغییر افکار غیرمنطقی و جایگزین نمودن افکار منطقی صورت می گیرد (الیس، ۱۹۹۹).

مفاهیم خشم، خصومت (کینه توزی) و پرخاشگری را گاهی به جای یکدیگر به کار می‌برند و هنوز ارائه تعریف روشن از هر یک از این مفاهیم و نشان دادن تفاوت‌های آن‌ها دشوار به نظر می‌رسد. با وجود این، می‌توان خشم را یک حالت هیجانی یا احساس درونی ناشی از برانگیختگی فیزیولوژیکی و شناخت و افکار مربوط به کینه‌توزی تعریف کرد (اونیل^۴، ۲۰۰۶). برای جلوگیری از این سه مفهوم، می‌توان خشم را به عنوان هیجان، کینه‌توزی را به عنوان نگرش در بعد شناختی و پرخاشگری را به عنوان رفتار در نظر گرفت. 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 سازند.

در مورد فرضیه مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های صدا بیزاری (علائم صدا بیزاری و هیجانات ناشی از صدا بیزاری) در جوانان مضطرب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ تهران نتایج تحلیل کوواریانس در خصوص این فرضیه نشان داده‌اند که از میان مولف‌های صدا بیزاری بر علائم صدا بیزاری و هیجانات ناشی از صدابیزاری به ترتیب با ضرایب اتای ۰/۱۷ و ۰/۴۶ اثربخش نشان داده است. بیشتر پژوهش‌های گزارش شده در مورد صدا بیزاری با استفاده از توصیفات فردی یا مجموعه‌ای از گزارش‌های موردی در میان نمونه‌های کوچکی از علائم خودگزارش دهنده بزرگسالان انجام شده است (نیل و کاوانا^۵، ۲۰۱۲؛ برنشتاین^۶ و همکاران، ۲۰۱۳؛ فریرا^۷ و همکاران، ۲۰۱۳. جانسون^۸ و همکاران، ۲۰۱۳؛ کلاکو^۹ و همکاران، ۲۰۱۴؛ وبر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۴؛ دوزیر^{۱۱}، ۲۰۱۵). در این مطالعات موردی، علائم خاص متفاوت است. برنستین و دهلی (۲۰۱۳) در تحقیقی به بررسی یک دوره کوتاه درمان شناختی رفتاری برای درمان صدا بیزاری در یک مثال موردی پرداختند، این گزارش موردی، ارزیابی، فرمول بندی مورد و درمان یک بیمار مبتلا به میسوفونی با استفاده از درمان شناختی رفتاری را توصیف می‌کند و به عنوان سهم اولیه در زمینه شواهد برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری در درمان میسوفونی عمل می‌کند.

در خصوص تبیین یافته‌های مربوط به این فرضیه چنانچه در تبیین فرضیه اصلی توضیح داده شد، در خصوص صدا بیزاری بیشتر مطالعات از الگوهای آسیب‌های مغزی تبعیت می‌کنند، هر چند در نتایج مطالعات معدودی که در باره استفاده از درمان شناختی- رفتاری صورت پذیرفته‌اند، شواهدی دال بر اثربخشی این مداخله در کاهش صدا بیزاری مشاهده شده است، صدا بیزاری یک سندرم عصبی فیزیولوژیکی و رفتاری پیچیده است که با افزایش پاسخگویی فیزیولوژیکی و میزان بالایی از واکنش هیجانی ناشی از عدم تحمل به محرک‌های شنیداری خاص مشخص می‌شود (جاستریف^{۱۲} و جاستریف، ۲۰۱۴)، اعتقاد بر این است که افراد مبتلا به صدا بیزاری برانگیختگی سیستم عصبی سمپاتیک، همراه با پریشانی عاطفی را در پاسخ به صداهای مبتنی بر الگوی خاص، صرف نظر از سطح دسی بل، نشان می‌دهند الگوی صوتی این صداها و واکنش برانگیخته

⁴. O'Neill

⁵ Neal, Cavanna

⁶ Bernstein

⁷ Ferreira

⁸ Johnson

⁹ Kluckow

¹⁰ Webber

¹¹ Dozier

¹² Jastreboff

آن‌ها در افراد مختلف متفاوت است. به نظر می‌رسد که هم صداها و هم واکنش‌ها شکل‌های متفاوتی به خود می‌گیرند، که نشان می‌دهد تفاوت‌های فردی، یادگیری و زمینه ممکن است در پاسخ‌های بد نقش داشته باشند.

صدا بیزاری پاسخ دهی بیش از حد به محرک‌های شنیداری یک ویژگی است که در میان طیف وسیعی از اختلالات عصبی، شنوایی، پزشکی و روانپزشکی مانند وزوز گوش، هیپراکوزیس (جاستریف و جاستریف، ۲۰۰۱ و ۲۰۱۴)، سردردهای میگرنی (سالیوان^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۳)، اختلال طیف اوتیسم (دانش و کاف^{۱۴}، ۲۰۱۲؛ اختلال استرس پس از سانحه (فینسترwald و آلبرینی^{۱۵}، ۲۰۱۴)، اختلال شخصیت مرزی (روزنتال^{۱۶} و همکاران)، ۲۰۱۶)، اختلال دوقطبی، و اسکیزوفرنی (کابرنس^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۳) مشاهده شده است، ماهیت دقیق رابطه بین صدا بیزاری و این اختلالات ناشناخته است. با این حال، به نظر نمی‌رسد عدم تحمل صداها بد، پدیده‌ای باشد که به طور منحصر به فرد و به طور خاص با هر اختلالی همراه باشد. بنابراین، به طور دقیق مکانیزم‌های اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و اینکه کدامیک از تکنیک‌های این مداخله از توانایی لازم برای کاهش دو مؤلفه علائم صدا بیزاری و هیجان‌ناشی از صدا بیزاری در جوانان مضطرب برخوردارند، نیازمند مطالعات بیشتری است.

پیشنهادات

در این زمینه پیشنهاد می‌شود:

- ترویج نگرش مثبت به درمان شناختی-رفتاری در بین متخصصان مشاوره و روان‌شناسی بالینی در درمان پرخاشگری و صدا بیزاری
- راه‌اندازی درمان مذکور به شیوه گروهی برای بیمارانی که با مشکلات مشابه روبرو هستند.
- به کار بستن نتایج ناشی از یافته‌های این مطالعه در خصوص تعدیل و کاهش پرخاشگری و صدا بیزاری جوانان مورد هدف اماکن
- برگزاری کارگاه‌هایی در خصوص مدیریت و درمان پرخاشگری و صدا بیزاری در بین جمعیت‌های جوانان از جمله خوابگاه‌های دانشجویان، ورزشگاه‌ها و سایر

منابع

۱. رجبی، زهرا، نجفی، محمود، رضائی، علی محمد (۱۳۹۲)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش پرخاشگری کودکان، فصلنامه روان‌شناسی بالینی شماده دهم، سال سوم، بهار ۹۲
۲. کبیری، میترا، حقانی زمیدانی، مجتبی، خزان، کاظم، شفیعی سیف آبادی، هادی (۱۳۹۶)، اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری به مادران بر کاهش پرخاشگری و قانون‌شکنی فرزندان دختر، مجله مطالعات ناتوانی، ۱۳۹۶؛ (۷)

¹³ Sullivan

¹⁴ Danesh Kaf

¹⁵ Finsterwald, Alberini

¹⁶ Rosenthal

¹⁷ Cabranes

۳. واحدی، شهرام، فتحی آذر، اسکندر، حسینی نسب، سید داود و مقدم، محمد (۱۳۸۷)، بررسی پایایی و روایی مقیاس پرخاشگری پیش دبستانی و ارزیابی پرخاشگری در کودکان پیش دبستانی ارومیه، فصلنامه اصول بهداشت روانی. ۱۰ (۳۷)، ۲۴-۱۵.

4. APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders: DSM-5* (5th edn). Washington, DC: American Psychiatric Publishing
5. Bernstein Rosemary E. Karyn L. Angell and Crystal M. Dehle (2013). A brief course of cognitive behavioural therapy for the treatment of misophonia: a case example. *The Cognitive Behaviour Therapist* (2013), vol. 6, e10, page 1 of 13
6. Beyrami M. (2009) The Effect Of Training Of Parenting Skills With Mothers of School-Boys with Externalizing Disorders on General Health and Style of Parenting. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2009, 42,105-114. [Persian]
7. Castelao CF, Kröner-Herwig B. (2014) Developmental trajectories and predictors of externalizing behavior: A comparison of girls and boys. *Journal of youth and adolescence*. 2014;43 (5):775-89
8. Cobb, B., Sample, P. L., AL Well, M., & Johns, N. R. (2006) Cognitive Behavioral Interventions, Dropout, and Youth with Disabilities: A Systematic Review. *Remedial and Special Education*, 2006, 27, 259- 271.
9. Deutsch G (2012). Do you have misophonia? ABC News, 17 May 2012 (<http://abcnews.go.com/blogs/health/2012/05/17/do-you-have-misophonia/>)
10. Dozier, T. H., Lopez, M., & Pearson, C. (2017). Proposed diagnostic criteria for misophonia: A multisensory conditioned aversive reflex disorder. *Frontiers in Psychology*, 8, 1975. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01975>.
11. Erfanian, M.; Brout, J.J.; Keshavarz, A (2018). Misophonia, Emotional Dysregulation and Affective Disorders: A preliminary study. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2018, 31, 2475–2483. [CrossRef]
12. Fite, P.J., Stoppelbein, L. & Greening, L. (2009). Proactive and reactive aggression in a child psychiatric inpatient population. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38 (2), 199–205.
13. Flouri E, Mavroveli S. (2013) Adverse life events and emotional and behavioural problems in adolescence: The role of coping and emotion regulation. *Stress and Health*. 2013;29 (5):360-8. [Link]
14. Gendreau, P. L. & Archer, J. (2005). Subtypes of aggression in humans and animals. In R.E. Tremblay, W.W. Hartup, & J. Archer (Eds.), *Developmental origins of aggression* (pp. 25-46). New York, NY: Guilford Press
15. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. (2012) The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*. 2012;36 (5):427-40.
16. Jastreboff, P. J., & Jastreboff, M. M. (2014). Treatments for decreased sound tolerance (hyperacusis and misophonia). *Seminars in Hearing*, 35, 105–120. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1372527>.

17. Khanjani Z, Hadavand Khani F. (2012). Relationship between Maternal Personality Dimensions with Girls Externalizing and Internalizing Disorders. *Journal of Contemporary Psychology*. 2012, 7 (1), 99 -108. [Persian][Link]
18. Kumar S, Tansley-Hancock O, Sedley W, Winston JS, Callaghan MF, Allen M, et al. (2017) The brain basis for Misophonia. *Curr Biol*. 2017;27 (4):527–33.
19. Lana, K. L., Chong Abdulla., M, Roslana, S. (2010). Understanding Media Violence and the Development of Aggressive Behaviour of School Children. (International Conference on Learner Diversity). *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 7, 522–527
20. Leaker G (2012). Misophonia. *Cosmos*, 5 April 2012 <http://www.cosmosmagazine.com/factfile/5487/misophonia>. Møller AR (2010). Misophonia, Phonophobia, and ‘Exploding Head’ Syndrome. In: *Textbook of Tinnitus*. New York: Springer, 2010
21. Møller AR (2010). Misophonia, Phonophobia, and ‘Exploding Head’ Syndrome. In: *Textbook of Tinnitus*. New York: Springer, 2010
22. Polman. H. (2008). Hot-Headed or cold-blooded? Towards a clear distinction between reactive and proactive aggression in youth. Netherlands: Prins Partners Ipskamp.
23. Richardson T, Stallard P, Velleman S. (2010) Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clinical child and family psychology review*. 2010;13 (3):275-90
24. Rouw, R., & Erfanian, M. (2017). A large-scale study of misophonia. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.22500>.
25. Rouw, R., & Erfanian, M. (2018). A large scale study of misophonia. *Journal of clinical psychology*, 74 (3), 453-479. (Cassiello-Robbins et al., 2020; Claiborn et al., 2020; Jager et al., 2020; Rouw & Erfanian, 2018).
26. Schroder, A., Vulink, N., & Denys, D. (2013). Misophonia: Diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. *PloS One*, 8 (1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054706>
27. Schwartz P, Leyendecker J, Conlon M (2011). Hyperacusis and misophonia: the lesser-known siblings of tinnitus. *Minnesota Medicine* 94, 42–43.
28. Shaffer DR, Kipp K. (2013). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Cengage Learning; 2013.
29. Van Lier, P., Vitaro, F. & Eisner, M. (2007). Preventing aggressive and violent behavior: using prevention programs to study the role of peer dynamics in maladjustment problems. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 13 (3-4), 277-296.

Determine the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing Aggression and Misophonia in Anxious Youth Referred to Counseling Centers in Tehran Region 2

Ali Hajivali

MA Graduate, Clinical Psychology, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reducing aggression and misophonia in anxious youth referred to counseling centers in Tehran Region 2 by quasi-experimental method and its statistical population is anxious youth referred to counseling centers in the region. 2 sampling has been done, sampling has been done in a purposeful way, so that the aggression questionnaire has been distributed as a screening among anxious young people referring to counseling centers in Tehran Region 2 and 40 people have been selected based on the maximum score, then for Substitution of individuals in experimental and control groups using simple random sampling. Bass and Perry Aggression Questionnaire (1992) and Woo et al. (2014) misophonia Questionnaire were used to measure variables and multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. Findings indicate that cognitive-behavioral therapy is effective in improving aggression with an ETA coefficient of 0.57 and misophonia with an ETA coefficient of 0.31 in anxious youth referred to counseling centers in Tehran Region 2. Also, cognitive-behavioral therapy of Among the components of aggression, it has been shown to be effective on physical aggression, anger and hostility with Eta coefficients of 0.38, 0.37 and 0.31, respectively. Eta coefficients of 0.17 and 0.46 have been shown to be effective.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Aggression, Misophonia
