

A comparative analysis of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and hypnotherapy on improving emotional regulation and communication skills of adolescents with oppositional defiant disorder

Vahid Sammehr¹, Farnaz Farshbaf Manisefat², Ali Khademi³, Rahim Shabani²

1-Phd Student, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

Corresponding Author: Farnaz Farshbaf Manisefat

E-mail: Farshbaf@iaurmia.ac.ir

Received: 16/11/2021

Accepted: 20/02/2022

Abstract

Introduction: Oppositional Defiant Disorder (ODD) is one of the crucial disorders in childhood and adolescence which is externalizing spectrum disorders.

Aim: The purpose of this study was to investigate of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and hypnotherapy on improving emotional regulation and communication skills of adolescents with oppositional defiant disorder.

Method: This research has been executed in context of a clinical trial plan with pre-test and post-test and one-month follow up period. Among the students with oppositional defiant disorder of junior school in Urmia city who were studying in the (school) year 2020- 2021 that 51 people were purposefully selected and placed randomly in three groups (17 people for cognitive-behavioral therapy, 17 people for hypnotherapy and 17 people for control) with the assistance of schools' teachers and principals, parents and utilizing diagnostic interviews and also supplying the inclusion criteria in research. Then cognitive-behavioral therapy and hypnotherapy group has intervened based on intervention stranded protocols but members of the control group did not receive any intervention. After the end of a month, a follow-up test was performed and the research scales were used again. Tools of this research included: Child Behavioral Checklist (CBCL), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) and the communication skills inventory. SPSS-22 software and repeated measures analysis of variance were used to analyze the data.

Results: The results of this research indicated that both cognitive-behavioral therapy and hypnotherapy improve communication ($F=1.53$, $P<0.224$) and adaptive emotion regulation skills ($F=2.45$, $P<0.575$) and reduction of maladaptive emotion regulation skills ($F=2.56$, $P<0.127$) were equally affected and there was no significant difference between them.

Conclusion: The results of this study signify that both hypnotherapy and cognitive- behavioral therapy can be effective equally in improving emotion regulation and communication skills and these investigations can be used to cope with adolescents with oppositional defiant disorder.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Oppositional defiant disorder, Adolescents, Emotion regulation, Communication skills

How to cite this article: Sammehr V, Farshbaf Manisefat F, Khademi A, Shabani R. A comparative analysis of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and hypnotherapy on improving emotional regulation and communication skills of adolescents with oppositional defiant disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022; 9 (1): 57-72. URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1336-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی بر بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی و مهارت‌های ارتباطی نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای

وحید سام مهر^۱، فرناز فرشباف مانی صفت^۲، علی خادمی^۳، رحیم شبانی^۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاداسلامی، ارومیه، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاداسلامی، ارومیه، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاداسلامی، ارومیه، ایران.

مؤلف مسئول: فرناز فرشباف مانی صفت ایمیل: Farshbaf@iaurmia.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۸/۲۵

چکیده

مقدمه: اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از مهم‌ترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی است که از طیف اختلالات رفتار ایدایی و برونی‌سازی می‌باشد.

هدف: هدف مطالعه حاضر بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی بر بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی و مهارت‌های ارتباطی نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود.

روش: این پژوهش در قالب طرح کارآزمایی بالینی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری یک ماهه اجرا شد. از میان دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهرستان ارومیه، با تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند، ۵۱ نفر به شکل هدفمند و با کمک مدیران و معلمان مدارس، والدین و استفاده از مصاحبه تشخیصی و همچنین معیارهای ورود و انتخاب و در سه گروه (۱۷ نفر درمان شناختی رفتاری، ۱۷ نفر هیپنوتراپی و ۱۷ نفر کنترل) به شکل تصادفی جایگذاری شدند. سپس گروه شناختی رفتاری هیپنوتراپی براساس پروتکل-های استاندارد مداخله‌ای تحت مداخله قرار گرفته، اعضای کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند و پس از پایان یک ماه آزمون پیگیری به عمل آمد و مقیاس‌های پژوهش مجدداً استفاده شد. ابزارهای این پژوهش شامل: سیاهه رفتاری نسخه والدین (CBCL)، پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان و پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی در بهبود مهارت‌های ارتباطی ($F=1/53, P<0/224$)، مهارت‌های سازگاران تنظیم هیجان ($F=2/45, P<0/575$) و کاهش مهارت‌های ناسازگاران تنظیم هیجان ($F=2/56, P<0/127$) به یک میزان مؤثر واقع شده‌اند و تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که درمان هیپنوتراپی و درمان شناختی رفتاری به یک اندازه می‌توانند در بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی مؤثر عمل کنند و می‌توان در کار با نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای از این مداخلات سود جست.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، نوجوان، تنظیم هیجان، مهارت ارتباطی

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ یکی از مهم‌ترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی است که از طیف اختلالات رفتار ایذایی و برونی ساز^۲ است (انجمن روانپزشکی آمریکا،^۳ ۲۰۱۳). براساس ملاک‌های پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴ اختلال نافرمانی مقابله‌ای مجموعه‌ای از رفتارهای مبتنی بر لجبازی، نافرمانی، بی‌توجهی، دشمنی، کینه‌توزی، مجادله کردن و تلاش برای ناراحتی دیگران (معمولاً بزرگسالان) است که به‌صورت پایدار و تکرار شونده مشاهده می‌گردد. یافته‌های بالینی حاکی از آن است که اختلال نافرمانی مقابله‌ای با سایر اختلالات دوران کودکی از جمله اختلال سلوک^۵ (ریف، دیمانتوپولوف، وان مویرس، ورهالست و واندرف،^۶ ۲۰۱۱)، نقص توجه/ بیش‌فعالی^۷، اختلالات افسردگی^۸، اختلالات اضطرابی^۹ (اولیندک، گرین، اوستین و فرایر^{۱۰}، ۲۰۱۶) و اختلال‌های یادگیری و اختلال‌های ارتباطی (کرینگ، دیویدسون و ناله^{۱۱}، ۲۰۱۴) دارای همبودی است. در ارتباط با کودکان و نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای یافته‌ها حاکی از آن است که بد تنظیمی هیجانی و مشکل در تنظیم هیجان با تغییر و مختل کردن فرآیند تجربه و ابراز هیجانات در کودکان به عنوان یک ریسک فاکتور عمده در زمینه بروز رفتارهای پرخاشگرانه و ضد اجتماعی در

این افراد عمل می‌کند (اسکورل، وان ریهن، دی واید، وان گوزن و سواب^{۱۲}، ۲۰۱۷). در همین راستا کاواناخ، کوپین، دانکن، گراهام و بالبون^{۱۳} (۲۰۱۷) طی پژوهشی نشان دادند که اختلال نافرمانی مقابله‌ای به جای آنکه یک مشکل رفتار ایذایی باشد بیشتر به دلیل اختلال در نظم دهی هیجانی است. در همین راستا اسکورل و همکاران^{۱۴} (۲۰۱۷) نشان دادند افراد دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تصمیم‌گیری عاطفی و تنظیم هیجانی ضعیف‌تری را در زندگی روزانه خود دارند؛ لذا مداخلاتی که در کار با این کودکان صورت‌بندی می‌شوند نباید نقش متغیرهای مربوط به تنظیم هیجانی را نادیده بگیرند.

یکی دیگر از متغیرهای تأثیرگذار بر نشانه‌های کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مهارت‌های ارتباطی^{۱۵} است. مهارت‌های ارتباطی بین فردی به توانایی فرد برای برقراری ارتباط متقابل در گروه‌ها، چه کلامی و چه غیرکلامی، اشاره دارد و همچنین فردی که دارای مهارت‌های ارتباط بین فردی است به احساسات و هیجانات اطرافیان حساس است (گاردن^{۱۶}، ۲۰۱۱) پس واضح است که کودکان و نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارای علائم و نشانه‌هایی هستند که بخش زیادی از آن‌ها به اختلال در روابط بین فردی و مهارت‌های ارتباطی ضعیف مرتبط است (توماس، بوت و جول^{۱۷}، ۲۰۱۵)؛ لذا در مداخلات درمانی مربوطه باید نقش این متغیر را نیز با دقت در نظر گرفت. در میان مداخلات مرتبط با جامعه هدف و متغیرهای مورد بررسی

^۱- Oppositional Defiant Disorder

^۲- Externalizing disorders

^۳- American Psychiatric Association (APA)

^۴- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

^۵- Conduct Disorder

^۶- Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I, Verhulst FC & van der Ende J

^۷- Attention deficit/hyperactivity disorder

^۸- Depressive disorders

^۹- Anxiety disorders (ADs)

^{۱۰}- Ollendick TH, Greene RW, Austin KE, Fraire MG & et al

^{۱۱}- Kring, Davison & Neale

^{۱۲}- Schoorl et al

^{۱۳}- Cavanagh M, Quinn D, Duncan D, Graham T, Balbuena L

^{۱۴}- Schoorl, Van Rihn, De Wied, Van Goozen & Swaab

^{۱۵}- Communication skills

^{۱۶}- Garden

^{۱۷}- Thomas F & Boat and Joel TWU

استرس از جمله، بی‌خوابی، تنش عضلانی، نگرانی و غیره تأثیر بسزایی دارد؛ و پژوهش‌ها بیشتر بر تأثیر آن بر کاهش استرس و اضطراب تأکید می‌کنند (کامور و پوری سینگ^۹، ۲۰۱۵)؛ همچنین می‌توان گفت که تکنیک‌های هیپنوتیزم درمانی از قبیل القاء تفکر مثبت، جایگزینی افکار کارآمد به جای افکار ناکارآمد، آگاهی از ضمیر ناخودآگاه موجب بهبود خلق مثبت در افراد می‌شود (تامس^{۱۰}، ۲۰۱۳). اگرچه بر اساس سوابق مورد بررسی اثربخشی مداخلات مبتنی بر هیپنوتیزم در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای به‌طور تجربی آزمایش نشده است؛ اما یافته‌های مشابه حاکی از آن است که در درمان اختلالات با ویژگی بیرونی سازی از جمله اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی؛ هیپنوتراپی به کودکان و نوجوانان کمک می‌کند تا احساس کنترل بیشتری داشته باشند، عزت نفس بیشتری داشته و استرس‌هایشان کاهش یابد (بادل و فتحی، ۲۰۱۳). یافته‌های تحقیق هاشمی، بهشتی و عزیزاده (۱۳۹۶) نیز حاکی از آن است که هیپنوتراپی بر بهبود تکانشگری بزرگسالان مبتلا به اعتیاد نیز مؤثر است؛ اما وضعیت اثربخشی این درمان در کار با کودکان و نوجوانان به ویژه در متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر چندان مشخص نیست. با توجه بدان چه بیان شد می‌توان گفت که در کار درمانی با نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای توجه به متغیرهایی از قبیل تنظیم هیجانی و مهارت‌های ارتباطی ضروری است. در این راستا درمان‌های شناختی و رفتاری و هیپنوتراپی به دلیل فلسفه حاکم بر درمان و تکنیک‌های مورد استفاده در اثربخشی بر متغیرهای مذکور مؤثر به نظر می‌رسند. اگر چه تاکنون پژوهشی مبنی بر مقایسه اثربخشی دو درمان

در پژوهش حاضر دو مداخله درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم درمانی متناسب به نظر می‌رسد. درمان شناختی- رفتاری^۱ یکی از درمان‌های پرطرفدار در این زمینه است. مداخله‌های مبتنی بر رفتار درمانی شناختی تأثیر معناداری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای و پیشرفت در مهارت‌های اجتماعی داشته است (رایان، استانگر، توسنسون، وایت مور و بادنی^۲، ۲۰۱۳) همچنین در فرا تحلیلی اثربخشی آن در کاهش رفتارهای مشکل‌آفرین اختلالات با ویژگی بیرونی‌سازی گزارش شده است (باتلگایز، کاسیتا، لاپینو، باگلیونی، کاردی، مانچینی و بانانو^۳، ۲۰۱۵). دارلا، جانستون، روبرت و بورک^۴ (۲۰۱۹) نیز نشان دادند که درمان شناختی رفتاری با بهبود مهارت‌های نظم دهی هیجانی در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کاهش تحریک پذیری و بی‌قراری این کودکان کمک نموده است و در این زمینه دارای اثربخشی است.

یکی دیگر از مداخلات مورد توجه در این زمینه هیپنوتراپی^۵ است. براساس نظر کاپلان و سادوک هیپنوتیزم یک رویکرد روان درمانی است که با تغییر حالت هوشیاری و استفاده از سه مؤلفه تمرکز^۶، انفکاک^۷ و تلقین پذیری^۸ مخاطب را در شرایطی قرار می‌دهد که می‌توان فرایند درمان هیپنوتیزمی را در مورد او به کار گرفت (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۳). در پژوهش‌های بسیاری تأیید شده است که استفاده از شیوه هیپنوتراپی، در درمان افسردگی و همچنین نشانه‌های

^۱- Cognitive behaviour therapy

^۲- Ryan, Stanger, Thostenson, Whitmore & Budney

^۳- Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F & Buonanno C

^۴- Derella OJ, Johnston OG, Loeber R & Burke JD

^۵- Hypnotherapy

^۶- Absorption

^۷- Dissociation

^۸- Suggestion

^۹- Kumar & Puri Singh

^{۱۰}- Thames

شناختی رفتاری و هیپنوتیزم بر بهبود این متغیرها در نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای صورت نگرفته است و این خلأ در ادبیات پژوهشی است که باید پر شود چرا که بالینگران زمانی می‌توانند مداخلات خود را انتخاب و اولویت‌بندی نمایند که اولاً از اثربخشی مداخلات و میزان اثربخشی آن‌ها مطلع باشند و ثانیاً بدانند که در میان مداخلات موجود برای یک اختلال کدام یک اثرات پایاتر و بیشتری بر اختلال و بهبود آن بر جای می‌گذارد تا بر این اساس خط اول درمان را انتخاب نمایند و ضمن حفظ اثربخشی مداخله درعین حال زمان درمان و هزینه‌های آن چندان طولانی و زیاد نگردد و این اصل کلی حاکم بر سنجش اثربخشی درمان‌های شواهد محور بالینی است؛ لذا پژوهش حاضر در صدد است که به بررسی و مقایسه بین دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی بر روی تنظیم هیجانی؛ مهارت ارتباطی و تحریف شناختی بین فردی نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بپردازد.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع دبیرستان دوره اول (هفتم، هشتم، نهم) در شهرستان ارومیه بود که نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشتند که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در مدارس آموزش و پرورش این شهرستان مشغول به تحصیل بودند. از این میان به صورت هدفمند و با استفاده از کمک مدیران و معلمان مدارس دانش‌آموزان مشکوک به علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای انتخاب شده و با استفاده از مصاحبه ساختاریافته بالینی برای تشخیص

دقیق بیماری توسط روانشناس مورد بررسی قرار گرفتند. پس از شناسایی این نوجوانان والدین آن‌ها در جریان پژوهش قرار گرفتند و از آن‌ها درخواست شد به سیاهه رفتاری آخنباخ^۱ در مورد رفتارهای فرزندانشان پاسخ دهند، براساس داده‌های حاصل از آن کودکانی که براساس ارزیابی والدین نمرات بالاتری در نافرمانی مقابله‌ای داشتند دعوت شده و مصاحبه تشخیصی با آنان صورت گرفت از این میان ۷۵ نفری که مورد مصاحبه قرار گرفتند ۵۱ نفر (۱۷ نفر برای گروه درمان شناختی رفتاری؛ ۱۷ نفر برای هیپنوتراپی و ۱۷ نفر برای گروه کنترل) انتخاب و پس از تکمیل ابزارهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون به صورت تصادفی در این گروه‌ها جای گذاری شدند. سپس گروه درمان شناختی رفتاری براساس پروتکل استاندارد هاوتون و همکاران (۱۹۸۹؛ نقل از تقوی زاده و همکاران، ۱۳۹۸) و گروه هیپنوتراپی براساس پروتکل درمانی هیپنوتراپی گروهی یک ساعته (فروزان زاده فر، فتحی و داداشی، ۲۰۱۹) تحت مداخله قرار گرفته؛ اما اعضای گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند و پس از پایان یک ماه آزمون پیگیری به عمل آمد در پایان جلسات مقیاس‌های پژوهش مجدداً استفاده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش تمایل به شرکت در تمامی جلسات، تکمیل فرم رضایت شرکت در جلسات توسط والدین و کودک، دریافت تشخیص بالینی اختلال نافرمانی مقابله‌ای؛ و معیارهای خروج شامل: ابتلا به اختلال‌های جسمانی و روانشناختی دیگر و غیبت بیش از دو جلسه، دریافت درمان روانشناختی به طور هم‌زمان و مصرف دارو بود.

در جدول ۱ در مورد جلسات و محتوا، اهداف و تکنیک-

^۱ - The Child Behavior Checklist (CBCL)

ها و روش‌های انجام شده بر روی ۱۷ نفر از اعضای گروه
درمان شناختی رفتاری که در دوازده جلسه طبق طرح

جدول ۱ جلسات و محتوای درمان شناختی- رفتاری براساس طرحی از
هاوتون و همکاران (۱۹۸۹؛ نقل از تقوی زاده و همکاران، ۱۳۹۸)

جلسه	محتوا و اهداف	تکنیک‌ها و روش‌ها
اول و دوم	آموزش روند درمان، آموزش رابطه‌ی بین افکار و تحریف‌های شناختی با هیجانات؛ نسبت آن با بدکارکردی هیجانات منفی از جمله خشم و تأثیر آن بر مهارت‌های ارتباطی و بین فردی، مصاحبه و ارزیابی شناختی-رفتاری؛ علاوه بر جست‌وجوی علائم مختلف برای رسیدن به تشخیص به شناسایی عوامل زمینه‌ساز، مستعدکننده و نگهداری‌کننده مشکلات نیز توجه زیادی می‌شود.	آموزش انواع هیجانات (به ویژه خشم و نفرت) و نحوه تأثیرپذیری آن‌ها از افکار، آموزش نسبت انواع تحریف‌های شناختی با واکنش‌های ارتباطی به دیگران (کینه‌توزی و خشم)، مصاحبه بالینی ساختاریافته. تهیه فهرستی از مشکلات نوجوان که علاوه بر مشکل اصلی که تشخیص داده می‌شود وجود دارد. تعیین عوامل پیشاینده و پساینده مشکل اصلی و نسبت این مشکلات با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ویژه خشم در روابط بین فردی، کینه‌توزی، لج بازی و جروبحث با مراجع قدرت.
سوم و چهارم	معرفی درمان شناختی-رفتاری؛ توضیح در مورد نظریه‌های شناختی، ویژگی‌های درمان، سطح انتظارات از درمان و انواع تکنیک‌هایی که در درمان از آن‌ها استفاده می‌گردد.	آگاهی بخشی نسبت به درمان شناختی-رفتاری، اصلاح سطح انتظارات مراجع از فرایند درمان، توضیح در خصوص رابطه شناخت و رفتار و تقابل بین این دو و در بخش درمانی شناسایی نسبت تحریف‌های شناختی خاص هر مراجع با هیجانات ناکارآمد وی.
پنجم	طرح‌ریزی درمان، با هدف ایجاد پرونده شناختی برای هر بیمار به صورت جداگانه که در آن مطالب ذیل طبقه‌بندی می‌شوند: انواع علائمی که یک بیمار تجربه، می‌کند لیست مشکلات وی، انواع شناخت‌های ناکارآمد وی (مانند افکار ناکارآمد و شناخت واره هایی که به خشم و کینه‌توزی مرتبط می‌شود)، نقاط قوت و نقاط ضعف و تکنیک‌های رفتاری و شناختی که برای درمان انتخاب شده‌اند.	با استفاده از سؤالات مستقیم و غیرمستقیم و تعامل با بیمار، برگه‌ای از لیست مشکلات و انواع شناخت‌های ناکارآمد و مبتنی بر تحریف به بیمار جهت تأیید یا تأیید نکردن ارائه می‌شود.
ششم	آموزش و اجرای تکنیک‌های رفتاری؛ هدف عمده از آموزش و اجرای تکنیک‌های رفتاری توانمند نمودن بیمار برای آگاهی از نقش افکار منفی ناکارآمد در آغاز و تداوم علائم بیماری است. و در بخش درمانی نیز انجام رل پلی گروهی برای انجام تکنیک‌ها با همکاری تمامی اعضا	آموزش تکنیک‌های رفتاری و در بخش درمانی انجام رل پلی در خصوص استفاده از تکنیک‌های مختلف رفتاری، توجه برگردانی (انحراف توجه)، تمرکز بر شی، آگاهی حسی، تمرین‌های ذهنی، خیال‌پردازی‌های خوشایند، فعالیت‌های جالب و شمارش افکار توسط تمامی اعضا برای روبه‌رو شدن سالم‌تر با هیجانات منفی مانند خشم، نفرت و احساس طرد و اصلاح واکنش‌های رفتاری غلطی چون کینه‌جویی، رفتارهای تلافی‌جویانه و جروبحث بی‌پایان با مراجع قدرت.
هفتم	آموزش مبحث افکار اتوماتیک در بخش آموزشی و در بخش درمانی شناسایی افکار اتوماتیک با هدف شناخت ریشه‌های اصلی هیجانات و حضور ذهن و نقش همجوشی شناختی در برجسته سازی خشم و نفرت.	توضیح نحوه شناسایی و دادن تکالیف خانگی A-B-C با تأکید بر افکار راه‌انداز خشم و مخالفت ورزی در زندگی روزانه فرد و بررسی مورد این تکالیف در هر جلسه و دادن بازخورد.

هشتم و نهم	<p>(تکنیک‌های پیشنهادی گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۷) آموزش شناسایی افکار اتوماتیک منفی با هدف شناخت خطاهای شناختی شایع در اختلال نافرمانی مقابله‌ای (دیگران مرا تحقیر می‌کنند، اگر خشمگین نشوم و داد نزّم حقم را می‌خورند، هیچ‌کس حق ندارد از من چیزی بخواهد) در نوجوان به شکل موردی برای هر مراجع.</p>	<p>توضیح و تشریح خطاهای شناختی در بخش آموزشی و در بخش درمانی کمک به بیمار برای شناخت خطاهای شناختی‌اش از روی افکار اتوماتیک منفی و دادن تکالیف خانگی مرتبط تکنیک‌های کاربرد در این حوزه؛ شناخت خطاهای شناختی من و بررسی میزان اثرگذاری آن بر هیجانات</p>
	<p>تغییر افکار اتوماتیک منفی با هدف کاهش فشار فکری و هیجانی (تکنیک‌های پیشنهادی گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۷) تشخیص و تغییر افکار بنیادی ناکارآمد (فرض‌های ناکارآمد) و نقش آن در تخریب ارتباطات بین فردی با والدین و همسالان</p>	<p>رفتارهای روزمره من؛ بررسی این که چه نگرش‌های دیگری وجود دارد و محاسن و معایب این نگرش و شیوه تفکر و اثرات آن بر روابط بین فردی افراد پیدا کردن شواهدی در تأیید یا رد برداشت‌های ذهنی در فرآیند اجرای تکالیف در فاصله‌ی بین جلسات</p>
یازدهم	<p>تغییر افکار بنیادی ناکارآمد مرتبط با خشم و مخالفت ورزی اغراق‌آمیز</p>	<p>توضیح افکار بنیادی و نقش آن و نحوه شناسایی آن از روی افکار اتوماتیک با استفاده از مشخصه‌های اصلی آن. در بخش درمانی جایگزینی باورهای سالم و کارآمد و تمرین آن‌ها در فاصله‌ی بین جلسات توسط هر مراجع با استفاده از الگوی درمانی آرون تی بک و چالش سقراطی</p>
دوازدهم	<p>تغییر افکار بنیادی ناکارآمد مرتبط با خشم و مخالفت ورزی اغراق‌آمیز و آموزش نحوه‌ی تعمیم دستاوردهای درمان پس از پایان جلسات.</p>	<p>استفاده از تکنیک‌های شخص سوم، پیکان نزولی، سه سؤال، تکنیک سقراطی و برای هر مراجع و انجام رل پلی گروهی.</p>

در جدول ۲ درباره محتوای جلسات گروه هیپنوتیزم درمانی که برگرفته از پروتکل درمانی گروهی یک ساعته فروزان فر و داداشی بود توضیحاتی ارائه شده است.

جدول ۲ پروتکل درمانی هیپنوتراپی گروهی یک ساعته (فروزان زاده فر، فتحی و داداشی، ۲۰۱۹) با تصحیحات

جلسه	محتوای جلسه
اول	<p>آموزش اهداف درمان، محتوای جلسات و آشنایی اولیه در مورد هیپنوتراپی، مرور اثرات هیپنوتراپی بر تعدیل هیجانات، تساهل در روابط بین فردی و گسلش شناختی. آموزش مکانیسم عملکردی هیپنوتراپی و نحوه تعدیل مکانیسم‌های هیجانی. بررسی و اصلاح برداشت‌های اشتباه اعضا از هیپنوتراپی. آموزش ضرورت اجرای دقیق تکنیک‌ها برای دریافت اثربخشی لازم.</p>
دوم	<p>آموزش آرام سازی تدریجی پیش رونده عضلانی و ریلکسیشن به اعضای گروه قرائت پروتکل و اجرای قدم به قدم آن توسط تمامی اعضا، بازخورد به انجام اشتباه تکنیک توسط اعضا، ایفای نقش راهنما در اجرای مراحل، الگو گیری از اعضای که توانسته‌اند به خوب تکنیک‌ها را اجرایی کنند. بازخورد از اعضا در خصوص نقش ریلکسیشن در تعدیل هیجانات و حس‌های بدنی‌شان قبل و بعد از ریلکسیشن.</p> <p>تکلیف: ضبط محتوای جلسه و یادگیری دقیق مراحل برای اجرای آن به عنوان تکلیف خانگی. ارائه‌ی پروتکل تایپ شده‌ی اجرای جلسات برای تمرین در طول جلسات.</p>

سوم

آموزش مکانیسم عملکرد القا تصویری در تعدیل هیجانات منفی و بدکارکرد. ایجاد حالت القا تصویری به صورت مرحله به مرحله بر اساس روش کابوک، بازخوانی یک حالت برانگیزاننده هیجان خشم و نفرت برای مراجع، اصلاح شناختی ارزیابی از نشانه های اولیه موقعیتی، القا تصویری، جایگزینی ارزیابی های سالم در فرآیند القا تصویری، مرور و بازخورد در مورد حس های بدنی و هیجانی فرد در فرآیند خلسه و بحث گروهی در مورد آن. تکلیف: ضبط جلسه و تمرین موارد مطرح شده در جلسات اولیه در تکلیف خانگی. بازخورد در مورد نحوه اجرای جلسات.

چهارم

مرور دستاوردهای جلسه قبل و بازخورد به اعضا، القای مجدد تصویری بر اساس روش کابوک، مدل سازی هیجانی از شناخت های ناکارآمد و نقش آن در راه اندازی حس های بدنی مرتبط با تحریک پذیری، خشم و واکنش افراطی در فرآیند خلسه. ساخت دهی مجدد شناختی در فرآیند خلسه و جایگزینی باورهای منطقی به جای تحریف های شناختی بین فردی مشخص شده افراد. آموزش نحوه اثربخشی تصویرسازی ذهنی بر تغییر تداعی ها و ایجاد یادگیری جدید. انجام عملی تغییر رفتاری از طریق تصویرسازی ذهنی و شرطی سازی و تداعی روابط بین فردی با حالاتی غیر از خشم و کینه توزی. تکلیف: انجام تمرینات انجام شده در تکالیف خانگی توسط هر فرد حداقل به تعداد ۳ بار و ثبت تجربیات برای ارائه در جلسه بعد.

پنجم

تکرار شرطی سازی جلسه قبل برای تک تک اعضا و اصلاح اشتباهات تکنیکی توسط اعضا در حین انجام تکالیف. تکرار موارد بررسی شده در جلسه سوم و چهارم، پاسخ دهی به سؤالات مراجعه کنندگان، آموزش اهمیت تکرار تمارین بعد از پایان جلسات و نحوه ی تعمیم یافته ها به بعد از جلسات درمانی.

ابزار

پرسشنامه ی تنظیم شناختی هیجان^۱: پرسشنامه ی تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاوم^۲ (۲۰۰۱) در کشور هلند تدوین شد و دارای دو نسخه ی انگلیسی و هلندی است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (جمعیت بالینی و غیر بالینی) قابل استفاده است. این پرسشنامه چند بعدی است و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی افراد پس از تجربه ی وقایع یا موقعیت های منفی مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و دارای ۳۶ ماده است که نحوه ی پاسخ به آن ها براساس مقیاس درجه بندی لیکرت در دامنه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد. هر چه نمره ی کسب شده در هر زیر مقیاس بالاتر باشد، آن راهبرد توسط فرد بیش تر مورد استفاده قرار گرفته

است. دامنه ی نمرات بین ۳۶ تا ۱۸۰ است. پرسشنامه ی تنظیم شناختی هیجان ۳۶ آیت کلی دارد و شامل ۹ خرده مقیاس است: سرزنش خود سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی، فاجعه سازی، پذیرش دیدگاه، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت، پذیرش و توجه مجدد بر برنامه ریزی (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). پایایی کل راهبردهای «مثبت»، «منفی» و «کل شناختی» با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ بدست آمده است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). این پرسشنامه در ایران توسط حسنی (۱۳۸۹) مورد هنجاریابی قرار گرفت. در این مطالعه، پرسشنامه اعتبار مناسبی بدست آورد. دامنه ی ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ در نوسان بود. همچنین تمام ضرایب بازآزمایی معنادار بود و دامنه ی اکثر همبستگی های مجموعه ی ماده ها بیش تر از ۰/۴ بود. روایی پرسشنامه ی مذکور از طریق

^۱- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire(CERQ)

^۲- Spinhoven p

تحلیل مؤلفه‌ای اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه‌ی همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی، مطلوب گزارش شده است.

پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی: به منظور سنجش مهارت‌های ارتباطی، از نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی که توسط جرابک (۲۰۰۴) طراحی گردیده است، استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۴ ماده است که پاسخگویی آن‌ها مستلزم استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱= هرگز، ۵= همیشه) است. اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حسین چاری و فداکار (۱۳۸۴) در نمونه‌ای متشکل از ۷۳۳ دانش‌آموز و دانشجوی ایرانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن برای نمره کل آزمون در نمونه دانشجویان به ترتیب برابر ۰/۷۱ و ۰/۶۹ گزارش شده است. افزون بر این حسین چاری و فداکار (۱۳۸۴) با به کارگیری روش آمار تحلیل عاملی،

روایی سازه پرسشنامه نامه را نیز در پژوهش خود بررسی کرده‌اند و به ۵ عامل «مهارت‌های درک پیام‌های کلامی و غیر کلامی»، «مهارت نظم‌دهی به هیجان‌ها»، «مهارت گوش دادن»، «مهارت بینش نسبت به فرایند ارتباط» و «قاطعیت در ارتباط» دست یافته‌اند.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی این پژوهش نشان داد که در مجموع ۱۴ نفر (۲۷/۴٪) از دانش‌آموزان در پایه تحصیلی هفتم، ۱۸ نفر (۳۵/۳٪) در پایه هشتم و ۱۹ نفر (۳۷/۳٪) نیز در پایه نهم تحصیل می‌کنند. در جدول ۳ به بررسی میزان نمره تنظیم هیجانی (سازگارانه و ناسازگارانه) افراد مورد مطالعه در سه گروه کنترل، درمان شناختی- رفتاری و درمان هیپنوتیزم پرداخته شده است.

جدول ۳ تنظیم هیجان در سه گروه درمان شناختی- رفتاری، هیپنوتیزم و کنترل

گروه مداخله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	ناسازگارانه	سازگارانه	ناسازگارانه	سازگارانه	ناسازگارانه	سازگارانه
کنترل	۲۴	۳۰	۲۴	۳۱	۲۴	۳۰
	حد اکثر	۴۹	حد اکثر	۴۹	حد اکثر	۴۸
	۳۱/۶۳	۳۹/۵۴	۳۲/۰۵	۴۰/۰۷	۳۱/۸۲	۳۹/۷۷
	۵/۰۲	۶/۲۸	۴/۸۸	۶/۰۹	۴/۹۳	۶/۱۶
درمان شناختی - رفتاری	۲۶	۳۳	۲۰	۴۴	۲۱	۴۲
	حد اکثر	۴۷	حد اکثر	۵۸	حد اکثر	۵۶
	۳۹/۹۸	۴۰/۲۹	۲۶/۹۴	۵۲/۳۸	۲۷/۱۹	۴۹/۹۶
	۳/۸۵	۴/۸۱	۳/۶۸	۵/۰۶	۳/۷۲	۴/۶۵
درمان هیپنوتیزم	۲۶	۳۲	۲۷	۴۲	۲۵	۴۱
	حد اکثر	۴۹	حد اکثر	۵۷	حد اکثر	۵۶
	۳۳/۷۶	۴۱/۰۸	۲۲/۹۹	۵۱/۵۶	۲۴/۱۹	۵۰/۳۵
	۳/۷۹	۴/۷۳	۳/۳۱	۴/۱۴	۳/۱۶	۳/۹۶

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود تنظیم هیجان سازگارانه و ناسازگارانه در هر دو گروه درمانی هم در

جدول ۴ به بررسی میزان نمره مهارت‌های ارتباطی افراد مورد مطالعه در سه گروه کنترل، درمان شناختی- رفتاری و درمان هیپنوتیزم پرداخته شده است.

مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری در مقایسه با گروه کنترل تغییر قابل ملاحظه‌ای داشته است. به این صورت که مهارت‌های سازگارانه تنظیم هیجان افزایش داشته و مهارت‌های ناسازگارانه کاهش داشته است. در

جدول ۴ وضعیت مهارت‌های ارتباطی در گروه‌های کنترل، درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتیزم در مراحل سه‌گانه

گروه مداخله			
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	
۲۳	۲۳	۲۴	حداقل
۴۹	۴۸	۴۵	حداکثر
۳۴/۰۶	۳۴/۹۴	۳۳/۱۸	میانگین
۸/۱۱۲	۷/۶۵۲	۶/۶۷۳	انحراف معیار
۲۴	۳۰	۳۱	حداقل
۵۶	۶۴	۶۱	حداکثر
۳۵/۱۲	۴۳/۸۲	۴۲/۵۹	میانگین
۸/۶۱۶	۹/۰۲۲	۸/۵۸۱	انحراف معیار
۲۶	۳۵	۳۴	حداقل
۵۷	۶۶	۶۳	حداکثر
۳۴/۱۲	۴۴/۳۵	۴۳/۲۹	میانگین
۷/۶۰۷	۷/۲۲۸	۶/۸۵۴	انحراف معیار

تحلیل استنباطی این نوع تغییرات به تفصیل بررسی می‌شود. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در جدول ۵ از آزمون کلوموگراف اسمیرنوف استفاده شد.

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود مهارت‌های ارتباطی در هر دو گروه درمانی هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری در مقایسه با گروه کنترل افزایش داشته است. به منظور بررسی دقیق‌تر آماری در مرحله

جدول ۵ آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها

گروه مداخله	کنترل		درمان شناختی - رفتاری		درمان هیپنوتیزم	
	مقدار Z	سطح معنی‌داری	مقدار Z	سطح معنی‌داری	مقدار Z	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	۰/۵۳	۰/۳۳۶	۰/۶۲	۰/۳۹۵	۱/۱۷	۰/۱۲۸
پس‌آزمون	۰/۸۸	۰/۴۲۱	۰/۹۴۲	۰/۲۳۱	۰/۷۳۲	۰/۶۱۸
پیگیری	۱/۲۲	۰/۱۵۶	۰/۸۹	۰/۴۳۲	۰/۶۲۸	۰/۷۵۳

پراکنده شده‌اند. برای تحلیل یافته‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در بین هر دو روش درمانی درمان

با توجه به نتایج جدول ۵ می‌توان گفت همه داده‌ها مورد بررسی در هر سه مرحله و در همه گروه‌ها به شکل نرمال

شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی استفاده شده است. در این آزمایش‌ها چند پیش فرض وجود دارد که هم‌زمان با تحلیل واریانس مکرر انجام می‌گیرد. جدول ۶ برای ارزیابی پیش‌فرض‌های آزمون واریانس مکرر انجام شده است.

جدول ۶ آزمون کرویت موچلی و لون جهت رعایت پیش فرض‌های آزمون

متغیر	مقادیر آماری	F	کرویت موچلی	لون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
تنظیم هیجان	مقدار	۱۸/۱۷	۰/۵۰۸	۰/۴۴۳	۰/۰۸۳	۰/۸۸۲	
	معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۵۱۰	۰/۷۷۶	۰/۴۴۵	

همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، براساس مقدار شاخص‌های کرویت موچلی و مقدار لون می‌توان گفت پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس مکرر برقرار است. در جدول ۷ به بررسی اثرات درمان هیپنوتراپی و درمان شناختی- رفتاری بر تنظیم هیجان ناسازگارانه و سازگارانه نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون و پیگیری پرداخته شده است.

جدول ۷ نتایج آزمون میزان تنظیم هیجان ناسازگارانه و سازگارانه در گروه درمانی شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی

متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
تنظیم هیجان ناسازگارانه	زمان	۳۱/۴۱	۱	۳۱/۴۱	۲۹/۴۷۱	۰/۰۰۰	۱/۴۷۹	۱
	گروه * زمان	۲/۶۱	۱	۲/۶۱	۲/۵۶	۳/۱۲۷	۰/۰۷۱	۰/۳۳۰
	خطا	۳۴/۱۱	۳۲	۱/۰۶۶				
تنظیم هیجان سازگارانه	زمان	۱۵۲۴/۷۶	۱	۱۵۲۴/۷۶۵	۲۹/۴۷۱	۰/۰۰۰	۰/۹۵۹	۱
	گروه * زمان	۰/۶۵۴	۱	۰/۶۵۴	۲/۴۵	۰/۵۷۵	۰/۰۱۰	۰/۰۸۵
	خطا	۶۵/۰۵	۳۲	۲/۳۳				

به یک میزان در کاهش این شاخص اثرگذار بوده‌اند. در مورد تنظیم هیجان سازگارانه نیز با در نظر گرفتن اثر گروه ملاحظه می‌شود که سطح معناداری این آزمون بیشتر از ۰/۰۵ است که حاکی از عدم تفاوت بین دو گروه درمانی در افزایش تنظیم هیجان سازگارانه است؛ لذا می‌توان گفت میزان تنظیم هیجان در هر دو گروه به طور تقریباً برابر افزایش یافته است و هر دو دوره به یک میزان در افزایش این شاخص اثرگذار بوده‌اند. در جدول شماره ۸ به بررسی اثرات درمان هیپنوتراپی و درمان

با مراجعه به مقادیر سطح معناداری تنظیم هیجان ناسازگارانه جدول مشاهده می‌شود که این مقدار کمتر از ۰/۰۱ است که نشان دهنده تفاوت معنادار در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری است؛ اما با در نظر گرفتن اثر گروه ملاحظه می‌شود که سطح معناداری این آزمون بیشتر از ۰/۰۵ است که حاکی از عدم تفاوت بین دو گروه درمانی در کاهش تنظیم هیجان ناسازگارانه است؛ لذا می‌توان گفت میزان تنظیم هیجان در هر دو گروه به طور تقریباً برابر کاهش یافته است و هر دو دوره

شناختی- رفتاری بر مهارت ارتباطی نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون و پیگیری پرداخته شده است.

جدول ۸ نتایج آزمون میزان مهارت ارتباطی در گروه درمانی شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی

متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
مهارت	زمان	۱۱۷۷/۷۷	۱	۱۱۷۷/۷۷	۱۴۶/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۸۲۱	۱
ارتباطی	گروه * زمان	۱۲/۳۶	۱	۱۲/۳۶	۱/۵۳	۰/۲۲۴	۰/۰۴۶	۰/۲۲۵
	خطا	۲۵۷/۳۵	۳۲	۸/۰۴				

خشم از اصلی‌ترین اثرات نهفته بهبود تنظیم هیجان است. همچنین همسو با جی تاجیک و همکاران^۱ (۲۰۲۰) می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری به کودکان و نوجوانان دارای مشکلات رفتاری کمک می‌کند تا از طریق مواجهه‌ی تدریجی با شرایط چالش‌برانگیز استراتژی‌های تطبیقی تنظیم هیجان را به کار بگیرند تا بتوانند واکنش‌های عاطفی و هیجانی منفی مانند خشم و تحریک‌پذیری را تعدیل کنند.

اگر چه برخی از مطالعات مانند سووگ و همکاران^۲ (۲۰۰۹) معتقدند که پروتکل درمان شناختی- رفتاری بیشتر بر کاهش بد تنظیمی هیجانی مرتبط با نگرانی در میان کودکان و نوجوانان مؤثر است و به سایر هیجان‌های منفی تعمیم نمی‌یابد؛ اما نتایج پژوهش حاضر ناهمسو با این ادعا نشان داد که درمان شناختی- رفتاری به شکل کلی در بهبود مهارت‌های چندگانه تنظیم هیجان مؤثر است. در مورد مکانیسم اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در بهبود مهارت‌های نظم دهی هیجانی می‌توان گفت راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است متمرکز بر تغییر رفتار (مانند فرونشانی)، توجه (مانند کنترل توجه، حواس‌پرتی)، شناخت (مانند باز ارزیابی شناخت،

با در نظر گرفتن اثر گروه ملاحظه می‌شود که سطح معناداری این آزمون بیشتر از ۰/۰۵ است که حاکی از عدم تفاوت بین دو گروه درمانی در افزایش مهارت ارتباطی است؛ لذا می‌توان گفت میزان مهارت ارتباطی در هر دو گروه به طور تقریباً برابر افزایش یافته است و هر دو دوره به یک میزان در افزایش این شاخص اثرگذار بوده‌اند.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی بر بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی و مهارت‌های ارتباطی نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد، یافته‌های این پژوهش از منظر بهبود مؤلفه‌های تنظیم هیجان در میان کودکان و نوجوانان با مشکلات برونی‌ساز رفتاری با یافته‌های دارلا و همکاران (۲۰۱۹) و براینک، شورینگ و متینگ (۲۰۱۸) همسوست. همچنین این نتایج با تحقیق اسمیت (۲۰۱۶) نیز که نشان داد درمان شناختی- رفتاری در کار با نوجوانان دارای اختلال سلوک درمانی اثربخش است و توانسته با ارتقای متغیرهای کنترل تکانه و کاهش خشم مؤثر عمل کند همسوست؛ چرا که کنترل تکانه و کاهش

^۱- Tajik-Parvinchi DJ & et al.

^۲- Suveg C, Sood E, Comer JS & Kendall PC

پذیرش) و واکنش‌های فیزیولوژیکی (مانند تکنیک‌های تنفس عمیق) باشد (تروی، ۲۰۱۲). در این میان درمان شناختی- رفتاری با تمرکزی که بر باز ارزیابی شناخت‌ها و پذیرش جنبه‌های مختلف هیجانی دارد توانسته به این نوجوانان کمک کند تا در موقعیت‌های چالش‌زا بدون دست زدن به واکنش بیرونی‌ساز و پرخاشگرانه با موقعیت روبه‌رو شده و تغییرهای شناختی سازگارانه ایجاد کنند.

همچنین یافته‌های این فرضیه به شکل ضمنی با یافته سادھیر (۲۰۱۵) همسوست. او نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در زمینه کار با نوجوانان و درمان مشکلات هیجانی و رفتاری آنان مداخله‌ای مؤثر و کارآمد است و سبب تقویت مهارت‌های سازگاری در آنان می‌گردد. در خصوص تبیین این یافته همسو با لاچمن و همکاران^۱ (۲۰۱۱) می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری از طریق تمرکزی که بر تکنیک‌های تغییر شناخت و بهبود هیجانات دارد به افراد کمک می‌کند تا استراتژی‌هایی مانند آگاهی هیجانی، اتخاذ چشم انداز، مدیریت خشم و حل مسئله را در فضای روابط بین فردیشان رشد دهند و از طریق تکالیف خانگی به مراجعه کنندگان کمک می‌کنند تا به شکل انگیزه‌مندتری این مهارت‌ها را در فضای روابط بین فردی و زندگی روزمره‌شان به کار بگیرند، پر واضح است که بالا رفتن این توانایی‌ها به افراد کمک می‌کند تا مدیریت بهتری بر روابطشان اعمال کنند و از مشکلات و چالش‌های ارتباطی بین فردی بکاهند. به همین دلیل است که مطالعات متعدد (لاچمن و همکاران، ۲۰۱۱؛ استینر و رمسینگ^۲، ۲۰۰۷) از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات بیرونی‌ساز در میان کودکان و نوجوانان

با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و سایر مشکلات ارتباطی حمایت کرده‌اند چرا که هر چه مهارت‌های ارتباطی در این کودکان و نوجوانان ارتقا یابد نیاز به بیرونی‌سازی ناسازگارانه هیجانات و تقابل در روابط کمتر شده و افراد با مهارت‌مندی بیشتری در روابط بین فردی عمل می‌کنند. شواهد پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری از قابلیت خوبی برای ارتقای مهارت‌های ارتباطی نوجوانان دارای نافرمانی مقابله‌ای برخوردار است.

از سوی دیگر یافته‌های این پژوهش از نظر اثربخشی هیپنوتراپی بر بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان با یافته‌های فیش، برینک هاوس و تئوت (۲۰۱۷) و یافته‌های هیلتون و همکاران (۲۰۱۴) همسوست. آن‌ها طی پژوهشی که به این نتیجه دست یافتند که هیپنوتیزم درمانی به دلیل تأثیراتی که بر ریلکسیشن عمیق‌تر و بهبود بهتر مهارت‌های تنظیم هیجان دارد درمان مؤثری در کار با نوجوانان دارای بیش‌فعالی است. از سوی دیگر برخی از تحقیقات نشان داده‌اند که هیپنوتراپی از طریق تأثیر بر برخی از مؤلفه‌های واسطه‌ای در بهبود تنظیم هیجان اثر می‌کند. به عنوان مثال گروگایر و همکاران^۳ (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای که اخیراً انجام دادند نتیجه گرفتند که هیپنوتراپی وسیع بر بهبود ذهن آگاهی مؤثر است و از این طریق توانسته عزت‌نفس را ارتقا داده و در کاهش پریشانی و بد تنظیمی هیجانی نقش ایفا کند و در واقع آن‌ها مکانیسم اثر هیپنوتراپی بر بهبود تنظیم هیجان را غیر مستقیم و از طریق ذهن آگاهی توضیح می‌دهند نکته‌ای که اگر چه در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار نگرفته؛ اما یافته‌ها مؤید اثربخشی هیپنوتراپی بر بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان بود.

^۱- Lochman & et al

^۲- Steiner & Remsing

^۳- Gregoire C & et al

۲۰۱۶) به همین دلیل این دو درمان اگر چه تفاوت‌های بسیاری با هم دارند هر دو توانسته‌اند اثربخش باشند به این صورت که درمان شناختی- رفتاری از طریق کاهش خطاهای شناختی و بازسازی شناختی توانسته تنظیم هیجان را در این نوجوانان بهبود ببخشد و هیپنوتراپی نیز توانسته از طریق ارتقای ذهن آگاهی و کاهش همجوشی شناختی بر بهبود تنظیم هیجان مؤثر عمل کند. همچنین در مورد تبیین دلیل عدم برتری این دو درمان بر یکدیگر در بهبود مهارت‌های ارتباطی نکته‌ای که در ادبیات پژوهش بدان پرداخته شده این است که درمان شناختی- رفتاری از طریق جلسات و تکالیف خانگی به افراد کمک می‌کند تا بتوانند با ارتقای آگاهی هیجانی، اتخاذ چشم انداز و کنترل خشم در روابط بین فردی مهارت‌های ارتباطی بهتری به نمایش بگذارند و هیپنوتراپی نیز به شکلی تقریباً مشابه به افراد کمک می‌کند تا با پذیرش بهتر هیجان‌ناشان از گذار به عمل سریع و تکنشگری اجتناب کنند و این موضوع سبب می‌شود تا ریسک تخریب روابط بین فردی به دلیل نبود مهارت‌های ارتباطی کاهش یابد. بر این مبنا باید گفت که این دو درمان با مکانیسم‌های تقریباً مشابه بر بهبود مهارت‌های ارتباطی اثر گذارند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان هیپنوتراپی و درمان شناختی- رفتاری به یک اندازه می‌توانند در بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی مؤثر عمل کنند و می‌توان در کار با نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای از این مداخلات سود جست و هیچکدام از این دو درمان بر دیگری ارجحیت ندارند، در مورد محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت که شرایط کرونا سبب شده بود تا والدین و نوجوانان

در مورد مکانیسم اثر هیپنوتراپی در بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان می‌توان گفت که هیپنوتراپی به افراد کمک می‌کند تا در مورد چگونگی اعمال مراقبت از خود در زندگی روزمره، کاهش تنش‌های عضلانی، تمرکز مجدد روی تجربیات مثبت و مدیریت تجارب منفی به روشی غیر قضاوتی متمرکز شوند و خروجی چنین مداخله‌ای شکل‌دهی فضایی است که در آن گسلش شناختی به خوبی رخ می‌دهد و فرد درگیر همجوشی شناختی و بدتنظیمی هیجانی نخواهد شد (مدودف و همکاران^۱)، در پژوهش حاضر نیز یافته‌ها مؤید اثربخشی این درمان بر افزایش مهارت‌های سازگاران تنظیم هیجان و کاهش ناسازگاری هیجانی بود نکته‌ای که در پژوهش‌های پیشین به تفکیک بدان پرداخته نشده بود.

از طرفی دیگر در مورد مکانیسم اثر هیپنوتراپی در بهبود مهارت‌های ارتباطی می‌توان گفت که هیپنوتراپی در این زمینه نیز به شکل غیر مستقیم بر بهبود مهارت‌های ارتباطی اثر می‌گذارد به عنوان مثال برخی تحقیقات مانند بیکر و همکاران^۲ (۲۰۱۰) نشان داده‌اند که هیپنوتراپی بر ارتقای خودکارآمدی نوجوانان مؤثر است و این موضوع زمینه را برای این آماده می‌کند که نوجوانان در ارتباطات اجتماعی و بین فردی با حس اعتماد به خود و مهارت بیشتری عمل کنند.

در خصوص تبیین این موضوع که چرا این دو درمان تفاوت معناداری نشان نداده‌اند می‌توان گفت که بدتنظیمی هیجان مؤلفه‌ای است که پاتولوژی آن در سطوح زیستی، روانی، بین فردی و اجتماعی قابل رصد و پیگیری است؛ به عبارتی پاتولوژی آن براساس رویکرد زیستی، روانی و اجتماعی قابل توضیح است (ون آلفن^۳،

^۱- Medvedev ON & et al

^۲- Barker J, Jones M & Greenlees I

^۳- Van Alphen

- irritability. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 48(1), 146-154.
- Fisch S, Brinkhaus B, Teut M. (2017). Hypnosis in patients with perceived stress - a systematic review. *BMC complementary and alternative medicine*, 17(1), 323.
- Forouzandehfar G, Fathi M, Dadashi M. (2019). Efficacy of Cognitive-Behavioral Group Therapy versus Group Hypnotherapy on Brain/Behavioral Systems of Social Phobia Patients. *J Adv Med Biomed Res*, 27(122), 51-56. (In Persian)
- Gamefski N, Kraaij V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669.
- Gregoire C, Faymonville ME, Vanhaudenhuyse A & et al. (2021). Randomized controlled trial of a group intervention combining self-hypnosis and self-care: secondary results on self-esteem, emotional distress and regulation, and mindfulness in post-treatment cancer patients. *Qual Life Res* 30, 425-436.
- Hashemi J, Beheshti B, Alizadeh J. (2017). The Effectiveness of Hypnotherapy in Relapse Prevention, Reduction of Impulsiveness, and Decrease of Craving in Treated Stimulant Users. *Etiadpajohi*, 11(42), 93-110. (In Persian)
- Hiltunen S, Virta M, Salakari A, Antila M, Chydenius E, Kaski M, Partinen M. (2014). Better long-term outcome for hypnotherapy than for CBT in adults with ADHD: results of a six-month follow-up. *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy*, 30(3), 118-134.
- Kring AJS, Davison G, Neale J. (2014). *Abnormal Psychology*. ed t, editor. Washington: John Wiley & Sons.
- Kumar D, Puri Singh A. (2015). Hypnotherapy and Relaxation Intervention on Anxiety and Depression Level of Hiv/Aids Patients Indian *Journal of Applied Research*. 5(1).
- Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL, Jimenez-Camargo L. (2011). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children

تردیدهای جدی برای شرکت در جلسات حضوری داشته باشند به همین دلیل بیش از نیمی از جلسات به شکل حضوری و با رعایت حداکثری پروتکل‌های بهداشتی برگزار می‌شد و تعدادی از جلسات در اوج بحران کرونا به شکل آنلاین برگزار شد.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله دکترای تخصصی نویسنده مسئول است و دارای مجوز کد اخلاق به شماره IR.IAU.URMIA.REC.1399.035 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه می‌باشد. از همه نوجوانان، معلمان و والدینی که در اجرای این پژوهش ما را یاری رساندند صمیمانه سپاسگزاریم.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Badle M, Fathi M, Aghamohammadian HR, Ostadi N, Badle MT. (2013). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Hypnotherapy on Group Self-esteem in Adolescent Students. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*, 10(1), 17-24. (In Persian)
- Barker J, Jones M, Greenlees I. (2010). Assessing the immediate and maintained effects of hypnosis on self-efficacy and soccer wall-volley performance. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 32(2), 243-252.
- Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, Buonanno C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behav Res Ther*, 75, 60-71. doi: 10.1016/j.brat.2015.10.008
- Derella OJ, Johnston OG, Loeber R, Burke JD. (2019). CBT-enhanced emotion regulation as a mechanism of improvement for childhood

- and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 305-318. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.005>
- Medvedev ON, Krageloh CU, Narayanan A, Siegert RJ. (2017). Measuring mindfulness: Applying generalizability theory to distinguish between state and trait. *Mindfulness*, 8(4), 1036-1046.
- Ollendick TH, Greene RW, Austin KE, Fraire MG, Halldorsdottir T, Allen KB, ... & Noguchi RJ. (2016). Parent management training and collaborative & proactive solutions: A randomized control trial for oppositional youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(5), 591-604.
- Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I, Verhulst FC, van der Ende J. (2011). Developmental trajectories of child to adolescent externalizing behavior and adult DSM-IV disorder: results of a 24-year longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46(12), 1233-1241. doi: 10.1007/s00127-010-0297-9
- Ryan SR, Stanger C, Thostenson J, Whitmore JJ, Budney AJ. (2013). The impact of disruptive behavior disorder on substance use treatment outcome in adolescents. *J Subst Abuse Treat*, 44(5), 506-514. doi: 10.1016/j.jsat.2012.11.003
- Schoorl J, van Rijn S, de Wied M, van Goozen SHM, Swaab H. (2017). Neurobiological stress responses predict aggression in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder: a 1-year follow-up intervention study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26(7), 805-813. doi: 10.1007/s00787-017-0950-x
- Smith I. (2016). A Cognitive-Behavioural Treatment Programme for Conduct Disorder: The Case of Tumeleng. *Journal of Psychology in Africa*, 16(2), 231-241.
- Steiner H, Remsing L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 126-141.
- Sudhir PM. (2015). Cognitive behaviour therapy with adolescents. In M. Mehta & R. Sagar (Eds.), A practical approach to cognitive behaviour therapy for adolescents. 21-42.
- Suveg C, Sood E, Comer JS, Kendall PC. (2009). Changes in emotion regulation following cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 38(3), 390-401. doi: 10.1080/15374410902851721
- Taghavizadeh M, Akbari B, Hosein Khanzadeh A, Moshkbid Haghighi M. (2019). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral and Acceptance and Commitment Therapies on Emotional Regulation, and Excessive Responsibility of Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Journal of Applied Psychology Research*, 10(2), 119-136. (In Persian)
- Tajik-Parvinchi DJ, Farmus L, Cribbie R, Albaum C, Weiss JA. (2020). Clinical and parental predictors of emotion regulation following cognitive behaviour therapy in children with autism. *Autism*, 24(4), 851-866.
- Thames RA. (2013). *Comprehensive guide hypnosis*. Trans: Chngyny Q. 3rd ed. Tehran: Publication Mental, 3, 392.
- Thomas F, Boat and Joel TWu. (2015). Committee to Evaluate the Supplemental Security Income Disability Program for Children with Mental Disorders; Board on the Health of Select Populations; Board on Children, Youth, and Families; Institute of Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Washington (DC): National Academies Press (US), 28.
- Troy AS. (2012). Cognitive reappraisal ability as a protective factor: Resilience to stress across time and context (Doctoral dissertation, The University of Denver).
- Van Alphen M. (2016). A Biopsychosocial Model of Emotion. *bservational Listening- The (Missing) Link between Emotion and Communication Edition*, 1(3), 147-167.