

اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای و پرخاشگری دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر اهواز

نجمه حمید^۱، لیلا نقدی‌نسب^{۲*}، مهناز مهرابی زاده هنرمند^۳

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این پژوهش بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای و پرخاشگری دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر اهواز بود.

روش بررسی: طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل بوده است جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی بودند. نمونه پژوهش به صورت تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند. تعداد ۳۰ نفر از ۶۵ دانش آموزی که با توجه به مصاحبه بالینی با والدین و پرسشنامه بی-اعتنایی - مقابله‌ای (ODBI)، که توسط والدین تکمیل شده بود، تشخیص اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای دریافت کرده بودند، به شیوه تصادفی انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. هر دو گروه پرسشنامه پرخاشگری باس و پری را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش ۸ جلسه گروه درمانی شناختی - رفتاری دریافت کردند اما گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که گروه درمانی شناختی - رفتاری در بهبود علائم بی‌اعتنایی مقابله‌ای و پرخاشگری مؤثر بوده است، و میانگین نمره‌های پس آزمون گروه آزمایش در بی‌اعتنایی مقابله‌ای و پرخاشگری نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل کاهش یافته است.

نتیجه‌گیری: گروه درمانی شناختی - رفتاری، باعث کاهش علائم بی‌اعتنایی - مقابله‌ای و پرخاشگری دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شده است.

کلید واژگان: گروه درمانی شناختی - رفتاری، اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای، پرخاشگری.

۱-دانشیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی.

۳- استاد گروه علوم تربیتی و روانشناسی.

۱ و ۲- گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران.

* نویسنده‌ی مسؤول:

لیلا نقدی‌نسب؛ گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۱۱۸۷۵۸۶

Email: dr_najmehamid@yahoo.com

مقدمه

ای را از کودکان دارای اختلال سلوک، که یکی دیگر از اختلالات ایذایی است، متمایز می‌کند. کودکان مبتلا به اختلال سلوک مرتکب رفتارهای پرخاشگرانه مکرر می‌شوند، که ممکن است باعث آسیب جسمی خود و دیگران شوند، و معمولاً حقوق دیگران را زیر پا می‌گذارند (۲).

اغلب کودکان به ویژه در نوجوانی یک دوره منفی‌گرایی و نافرمانی خفیف را پشت سر می‌گذارند و بیشتر والدین از خصومت یا جر و بحث‌های گاه و بی‌گاه فرزندانشان شاکی هستند. کودکان و نوجوانان دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، الگوی رفتاری منفی، خصمانه و نافرمان نشان می‌دهند، که به مشکلات خانوادگی یا تحصیلی مهمی منجر می‌شود. این اختلال از نافرمانی و لجبازی معمولی در کودکی و نوجوانی خیلی شدیدتر است. کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال بارها از کوره در می‌روند، جر و بحث می‌کنند، از انجام دادن آن چه به آن‌ها گفته شده خودداری می‌کنند، عمداً دیگران را می‌رنجانند، زود رنج، دلخور، ستیزه‌جو، مغرور و حق به جانب هستند. به جای این که خودشان را علت مشکلاتشان بدانند، دیگران را سرزنش کرده، یا اصرار دارند که آن‌ها قربانی شرایط هستند و بیشتر با والدینشان مقابله می‌کنند، تا با غریبه‌ها. اکثراً در همه زمین‌ها دچار مشکل هستند. رفتار آنها در عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی‌شان به گونه‌ای اختلال ایجاد می‌کند که احترام معلمان، دوستی همسالانشان را از دست می‌دهند و این شکست‌ها باعث می‌شود که احساس بی‌کفایتی و افسردگی کنند (۳). بعضی از رفتارهای توأم با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، ممکن است در کودکانی که در دوره انتقال هستند یا کسانی که تحت استرس‌اند و یا دچار یک بحران شده‌اند، مشاهده شود. این موضوع باعث می‌شود که گاهی اوقات

اختلالات رفتاری (Conduct Disorders) از رایج‌ترین مشکلات دوران کودکی و نوجوانی هستند، که به اشکال گوناگون بروز پیدا می‌کنند. یکی از شایع‌ترین این اختلال‌ها، اختلال نافرمانی-مقابله‌ای (Oppositional Defiant Disorder: ODD) است، که به نام‌های دیگری مانند اختلال نافرمانی و لجبازی نیز مشهور است. اکثر کودکان و نوجوانان در زمان‌های مختلف به‌خصوص وقتی که گرسنه، خسته یا آشفته‌اند، با والدین و سایر مراجع قدرت مشاجره کرده و درگیر می‌شوند. اما کسانی که اختلال نافرمانی-مقابله‌ای دارند، الگویی دایم و باثباتی از رفتارهای عصبانیت، بی‌اعتنایی و پرخاشگری کلامی، که معمولاً به سوی والدین و سایر مراجع قدرت بر می‌گردد، را نشان می‌دهند. کودکان و نوجوانان دارای این اختلال اغلب طغیان‌گر، لجوج (کله شق)، مشاجره‌کننده، حرف نشنو و نافرمان هستند. آن‌ها دارای طغیان خشم بوده و در کنترل آن ناتوان هستند (۱).

اختلال نافرمانی-مقابله‌ای یکی از انواع اختلالات رفتار ایذایی (Disruptive Disorder) است که با الگوی باثبات نافرمانی و رفتار خصمانه و منفی‌کارانه نسبت به مراجع قدرت و نیز ناتوانی برای پذیرش مسئولیت اشتباهات خود و ملامت کردن دیگران، بدون نقض جدی هنجارهای اجتماعی یا حقوق دیگران مشخص می‌شود. کودکان و نوجوانان دارای این اختلال غالباً با بزرگسالان جر و بحث می‌کنند و زود رنج هستند، و این ویژگی به بروز خشم و نفرت در آنها می‌انجامد. کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی-مقابله‌ای ممکن است در کلاس و در روابط با همسالان مشکل داشته باشند، اما معمولاً به خشونت جسمی یا رفتار تخریبی قابل ملاحظه‌ای دست نمی‌زنند. این ویژگی کودکان دارای اختلال نافرمانی-مقابله-

رشد فزاینده این اختلال و اثر منفی آن بر سلامت روان کودکان و نوجوانان، این پژوهش در پی آن است که میزان اثربخشی درمان گروهی به شیوه شناختی-رفتاری را بر اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای و پرخاشگری در دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر اهواز مورد بررسی قرار دهد. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند مورد استفاده درمانگران، مشاوران، اولیای مدرسه، والدین و کلیه کسانی که به نحوی با امور تربیتی و آموزشی کودکان و نوجوانان سروکار دارند، قرار گیرد.

روش بررسی

طرح پژوهش حاضر تجربی نیمه‌آزمایشی و از نوع «پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل» بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر اهواز هستند. نمونه مورد بررسی با استفاده از روش نمونه‌گیری، تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شد. به این صورت که از نواحی چهارگانه آموزش و پرورش، دو ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس از این دو ناحیه، سه مدرسه راهنمایی و از هر مدرسه از هر پایه (اول، دوم و سوم) یک کلاس و از هر کلاس نیمی از دانش‌آموزان به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه بی‌اعتنایی مقابله‌ای (۶) برای والدین‌شان فرستاده شد. تعداد پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده ۲۳۷ پرسشنامه بود که از این تعداد ۶۵ نفر پس از نمره‌گذاری (جمع نمرات)، نمره‌ای بالاتر از ۲۰ گرفتند که با توجه به نمره برش تعیین شده برای پرسشنامه (۷)، تشخیص اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای (Oppositional Defensive Disorder: ODD) برای آنها مطرح شد. از این افراد، تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و برای تعیین صحت تشخیص‌گذاری از والدین آنها درخواست گردید که به مدرسه مراجعه نمایند و از آنها در مورد ویژگی‌های فرزندشان، مصاحبه تشخیصی به عمل آمد و همه افرادی که تشخیص اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای گرفته

تشخیص نشانه‌های رفتاری اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای از رفتارهای قابل قبول مربوط به استرس، دشوار باشد (۱). از بعد تحولی، رفتار مقابله‌ای و منفی‌کارانه در اوایل کودکی را می‌توان طبیعی شمرد. مطالعات همه‌گیرشناسی، صفات منفی‌کارانه را در جمعیت غیر کلینیکی در کودکان دبستان به میزان ۱۶ تا ۲۲ درصد گزارش نموده‌اند. طبق DSM-IV-TR، میزان شیوع این اختلال بین ۲ تا ۱۶ درصد است. اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای معمولاً تا ۸ سالگی آشکار می‌شود، هرچند ممکن است در ۳ سالگی شروع شود، اما بعد از نوجوانی دیگر آغاز نمی‌گردد. این اختلال قبل از بلوغ در پسرها شایع‌تر از دخترها است، اما پس از بلوغ به احتمال زیاد نسبت جنسی آن برابر می‌شود. به نظر بعضی از محققان، دختران بیشتر در معرض تشخیص اختلال نافرمانی-مقابله‌ای هستند، حال آن که پسران بیشتر تشخیص اختلال سلوک دریافت می‌کنند (۲).

مداخلات شناختی-رفتاری به طور گسترده‌ای به بررسی تأثیر آموزش مدیریت خشم (تکنیک‌های آرامش‌سازی پیشرفته، بازسازی شناختی، مهارت‌های مقابله با خشم و سایر فنون)، به کودکان و نوجوانان دارای این اختلال پرداخته‌اند. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر مدیریت خشم، باعث کاهش معناداری در شدت خشم کودکان و نوجوانان دارای اختلال رفتاری و بی‌اعتنایی مقابله‌ای شده و همچنین بهبود معناداری را در مقابله‌های شناختی، رفتاری و کنترل خشم آنها به وجود می‌آورد (۴). آموزش مهارت‌های حل مسئله که یکی دیگر از تکنیک‌های شناختی-رفتاری است، در درمان کودکان و نوجوانان دارای اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای منجر به کاهش رفتارهای نامناسب این گروه شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نوجوانان بیش از کودکان از این شیوه بهره می‌برند و این شاید به دلیل رشد گستره شناختی آنان باشد (۵). با توجه به ضرورت درمان کودکان و نوجوانان دارای اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای و پیشگیری از

هفته»، «همیشه، چهار بار در هفته یا بیشتر» است و به ترتیب وزن ۰، ۱، ۲، ۳ برای هر گزینه در نظر گرفته شده است. نمرات در دامنه ۰ تا ۵۴ قرار می‌گیرند و با توجه به پاسخ‌های والدین و سرپرستان، اگر نمره به دست آمده بیش از ۲۰ باشد تشخیص اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای داده می‌شود و هر چه نمره فرد به ۵۴ نزدیک‌تر باشد، شدت اختلال در او بیشتر است (۶).

پایایی درونی این آزمون از طریق ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۲ به دست آمده است (۶). پرسشنامه بی‌اعتنایی-مقابله‌ای توسط پژوهشگر حاضر ترجمه شده و برای به دست آوردن پایایی و روایی آن روی نمونه ایرانی، برای تعداد ۱۰۰ نفر از والدین دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی که به صورت تصادفی از یک آموزشگاه انتخاب شده بودند، فرستاده شد. برای محاسبه پایایی آن از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شد که ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و تصنیف ۰/۶۷ به دست آمد.

روایی همزمان: هر دو نمره آزمون بی‌اعتنایی-مقابله‌ای (بازآزمایی) با ملاک‌های اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای DSM (۰/۶۵۹، ۰/۶۶۰، $P < 0/001$) و با مقیاس ارزیابی اختلال رفتار ایدایی-بخش اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای (Disruptive Behavior Disorders Rating Scale) همبسته بودند (۶).

برای محاسبه روایی افتراقی این آزمون به مقیسه میانگین نمرات سه گروه: گروه بیش‌فعال-کم توجه / بی-اعتنایی-مقابله‌ای، گروه بیش‌فعال-کم توجه Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD): به تنهایی و گروه کنترل پرداختند. میانگین نمرات پرسشنامه بی‌اعتنایی-مقابله‌ای ۲۰/۵ برای گروه اختلال بیش‌فعالی-کم توجه، ۳۳/۳ برای گروه بیش‌فعال-کم

بودند، در مرحله مصاحبه هم تشخیص این اختلال را دریافت کردند. در مرحله بعد این ۳۰ نفر به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شده و پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (Buss & Perry) (Aggression Questionnaire: BPAQ) روی هر دو گروه اجرا گردید (۸).

در این پژوهش برای اندازه‌گیری میزان پرخاشگری از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲)، استفاده شد. این پرسشنامه از جمله مقیاس‌های رفتاری ویژه ارزیابی رفتارهای پرخاشگرانه است. این پرسشنامه دارای ۲۹ سؤال است که چهار جنبه از پرخاشگری را می‌سنجد: پرخاشگری فیزیکی (Physical Aggression: A)، پرخاشگری کلامی (Verbal Aggression: VA)، خشم (Anger) و خصومت (Hostility). شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به این گونه است که هر سؤال با مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی موافق، موافق، نه موافق نه مخالف، مخالف، خیلی مخالف) به ترتیب ۱-۲-۳-۴ و ۵ نمره‌گذاری می‌شود. نمره، خرده‌مقیاس‌ها با جمع نمرات سؤالات آن خرده‌مقیاس به دست می‌آید. نمره کل عبارت از مجموع نمرات کل سؤالات و دامنه آن بین ۲۹ تا ۱۴۵ است. هر چه نمره آزمودنی به ۱۴۵ نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده میزان پرخاشگری بیشتر در این فرد است (۹).

در این پژوهش برای ارزیابی و تشخیص اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای از پرسشنامه بی‌اعتنایی-مقابله‌ای، استفاده شد. این پرسشنامه توسط هارادا (Harada) و همکاران در سال ۲۰۰۴، در کشور ژاپن ساخته شده است. پرسشنامه بی‌اعتنایی-مقابله‌ای (ODBI)، ۱۸ ماده دارد و توسط والدین یا سرپرست کودک و نوجوان پر می‌شود. هر سؤال پرسشنامه دارای گزینه «به ندرت، یک بار یا کمتر در ماه»، «بعضی وقت‌ها، یک بار در هفته»، «اغلب، دو یا سه بار در

آنها آموزش داده شد. جلسه چهارم: در این جلسه دانش-آموزان با سه تَن صدای متفاوت (۱- صدای آرام ۲- صدای خارج از کنترل ۳- صدای قوی)، که برای بیان احساسات به کار گرفته می‌شود، آشنا شده، تفاوت بیان احساسات با هر یک از این سه تن صدا را تشخیص داده و با مزایا و معایب استفاده از هر کدام آشنا شدند و با روش‌های صحیح ابراز وجود آشنا شدند.

جلسه پنجم: دانش‌آموزان با روش‌های صحیح مقابله با خشم آشنا شدند. فنون آرامش عضلانی پیشرفته به آنها آموزش داده شد و تمرین این فنون به عنوان تکلیف بین جلسه برای آنها تعیین می‌گردد. جلسه ششم: در این جلسه دانش‌آموزان با تکنیک حل تعارض و حل مسایل اجتماعی آشنا شدند و هفت مرحله حل مسأله به صورت عملی به آنها آموزش داده شد. جلسه هفتم: دانش‌آموزان یک نقشه از فعالیت‌های مختلف در پیش‌بینی تجربه خشم را طرح‌ریزی کرده و روش‌های مؤثر برای گفتن احساسشان را با بیان این جمله که «من احساس می‌کنم» آموختند. جلسه هشتم: دانش‌آموزان در قبال آنچه که یاد گرفته‌اند جایزه و پاداش دریافت کردند. آن‌ها در مورد مدیریت خشم و مهارت‌هایی که کسب کرده‌اند. بحث نموده و دانش خود را در این زمینه به طور عملی اجرا کردند. در پایان درمان درباره شیوه‌های حفظ تغییرات رخ داده بحث شد، و در خاتمه مداخله، از همه اعضای گروه آزمایش و کنترل، پس از آزمون به عمل آمد. داده‌های بدست آمده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت-شناختی نمونه مورد بررسی نشان می‌دهد که در کلیه آزمودنی‌ها، ۴۶/۷ درصد ۱۴ ساله، ۳۰ درصد ۱۵ ساله، و ۲۰ درصد ۱۳ ساله و ۳/۳ درصد ۱۲ ساله بودند و دامنه سنی آنها ۱۵-۱۲ سال بود، و از این میان ۵۰ درصد اولین

توجه/اختلال نافرمانی-مقابله‌ای و ۱۰/۷ برای گروه کنترل بود. آنوای یک طرفه ($F=145, p < 0/001$) و تست بون فرونی/ دانن (Bonferoni/ Dunn test) ($p < 0/001$) نشان دادند که تفاوت بین این نمرات گروه‌ها قابل توجه است (۶).

برای محاسبه‌ی روایی پرسشنامه (OBDI) از دو پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان (Children and Adolescent Depression Scale :C.A.D.S) جان بزرگی (۱۳۷۸) و اضطراب اسپیلبرگر (Anxiety Inventory) (۱۹۷۰)، استفاده شد. همبستگی این مقیاس با اضطراب اسپیلبرگر ۰/۲۷ در سطح ۰/۰۱ و با پرسشنامه افسردگی ۰/۴۹ در سطح ۰/۰۱ درصد بود.

سپس مداخله‌ی آزمایشی برای گروه آزمایش به اجرا در آمد اما گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در این جلسات -گروه درمانی شناختی-رفتاری که در این پژوهش از آن استفاده شد، مشتمل بر ۸ جلسه‌ی درمانی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) بود که از طرح درمان شناختی-رفتاری گروهی نیم‌تثیری و اسکس (۱۰)، به عنوان «آموزش مدیریت خشم برای بچه‌ها» استفاده شده است منظور رعایت اختصار، به ذکر عناوین جلسات اکتفا می‌نماید:

جلسه اول: معرفی شرکت‌کنندگان و آشنایی اعضای با یکدیگر، هدف از تشکیل گروه، ارائه اطلاعات پایه‌ای در مورد برنامه درمان، توضیح قوانین گروه، آشنایی دانش-آموزان با خشم به عنوان یک هیجان و روش‌های بروز و نشانه‌های آن (نشانه‌های جسمی، رفتاری، شناختی و عاطفی). جلسه دوم: دانش‌آموزان روش‌های گذشته دستکاری خشمشان را توصیف کرده و شرح می‌دهند. یادگیری تشخیص نشانه‌های راه‌اندازی خشم، آشنایی با مدل A-B-C و بررسی سیستم باورهای آنها. جلسه سوم: در این جلسه دانش‌آموزان با انواع روش‌های درست و نادرست بیان خشم آشنا شدند. بررسی احساساتشان هنگامی که خشمگین هستند و مهارت‌های مدیریت خشم به

مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش ۸۹/۱۳، ۱۲/۰۶۵ و گروه کنترل ۹۲/۵۳، ۱۴/۷۵۹ و در مرحله پس‌آزمون برای گروه آزمایش ۶۴/۹۳، ۱۱/۵۱۷ و گروه کنترل ۹۱/۸۰، ۱۴/۴۰۳ است. به عبارت دیگر میانگین نمره‌های پرخاشگری در مرحله پس‌آزمون ۶۴/۹۳ نسبت به مرحله پیش‌آزمون ۸۹/۱۳ کاهش نشان می‌دهد. در حالی که تغییر چندانی در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر بی‌اعتنایی-مقابله‌ای در سطح $p < 0/001$ تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی گروه درمانی شناختی-رفتاری باعث کاهش علائم بی‌اعتنایی-مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی گردیده است. همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، بین آزمودنی‌های دختر گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر پرخاشگری در سطح $p < 0/001$ تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی، می‌توان بیان داشت گروه درمانی شناختی-رفتاری باعث کاهش علائم پرخاشگری دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی گردیده است.

فرزند، ۱۰ درصد فرزند آخر و بقیه آزمودنی‌ها فرزند وسط بودند. بیشترین تعداد ۵۶/۷ درصد عرب زبان، ۳۰ درصد بختیاری و دارای زبان لری و کمترین درصد، یعنی ۱۳/۳ درصد فارس زبان بودند.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در مرحله پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار بی‌اعتنایی-مقابله‌ای به ترتیب برای گروه آزمایش ۲۶/۲۷ و ۶/۸۵۰، گروه کنترل ۲۸/۳۳ و ۷/۲۴۷ در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۱۰/۳۳ و ۷/۰۲۷، گروه کنترل ۲۸/۸۰، ۵/۹۴۳ است. به عبارت دیگر میانگین نمره‌های بی‌اعتنایی-مقابله‌ای گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون (۱۰/۳۳) نسبت به مرحله پیش‌آزمون (۲۸/۰۲۷) کاهش نشان می‌دهد. در حالی که تغییر چندانی در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود.

جدول ۳ یافته‌های توصیفی مربوط به نمره پرخاشگری دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش و کنترل را در مرحله پیش-آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره دانش‌آموزان در پرخاشگری کلی، در

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل

| متغیرها | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
|-------------|---------|--------------|---------|--------------|
| سن | ۱۴/۶۴ | ۱/۲۱ | ۱۴/۱۲ | ۲/۰۳ |
| پایه تحصیلی | ۸/۱۲ | ۱/۶۶ | ۸/۲۵ | ۱/۱۶ |

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره بی‌اعتنایی - مقابله‌ای، آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

| متغیر | مرحله | شاخص آماری | میانگین | انحراف معیار | کمترین | بیشترین | تعداد |
|------------------------|-----------|------------|---------|--------------|--------|---------|-------|
| بی‌اعتنایی - مقابله‌ای | آزمایش | آزمایش | ۲۶/۲۷ | ۶/۸۵۰ | ۲۱ | ۴۷ | ۱۵ |
| | پیش آزمون | کنترل | ۲۸/۳۳ | ۷/۲۴۷ | ۲۰ | ۳۹ | ۱۵ |
| | | کل | ۲۷/۳۰ | ۷/۰۰۸ | ۲۰ | ۴۷ | ۳۰ |
| | پس آزمون | آزمایش | ۱۰/۳۳ | ۷/۰۲۷ | ۰ | ۲۲ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۲۸/۸۰ | ۵/۹۴۳ | ۲۲ | ۳۹ | ۱۵ |
| | کل | کل | ۱۹/۵۷ | ۱۱/۳۶۱ | ۰ | ۳۹ | ۳۰ |

جدول ۳: یافته‌های توصیفی مربوط به نمره پرخاشگری دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

| متغیر | مرحله | گروه | میانگین | انحراف معیار | کمترین | بیشترین | تعداد |
|----------|-----------|--------|---------|--------------|--------|---------|-------|
| پرخاشگری | پیش آزمون | آزمایش | ۸۹/۱۳ | ۱۲/۰۶۵ | ۶۷ | ۱۰۲ | ۱۵ |
| | پیش آزمون | کنترل | ۹۲/۵۳ | ۱۴/۷۵۹ | ۶۸ | ۱۱۶ | ۱۵ |
| | | کل | ۹۰/۸۳ | ۱۳/۳۵۷ | ۶۷ | ۱۱۶ | ۳۰ |
| | پس آزمون | آزمایش | ۶۴/۹۳ | ۱۱/۵۱۷ | ۵۰ | ۷۹ | ۱۵ |
| | | کنترل | ۹۱/۸۰ | ۱۴/۴۰۳ | ۶۹ | ۱۱۵ | ۱۵ |
| | کل | کل | ۷۸/۳۷ | ۱۸/۷۳۱ | ۵۰ | ۱۱۵ | ۳۰ |

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون بی‌اعتنایی مقابله‌ای آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنا داری P |
|----------------------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|-----------------|
| بی‌اعتنایی مقابله‌ای | گروه | ۲۱۴۱/۵۲۳ | ۱ | ۲۱۴۱/۵۲۳ | ۸۷/۵۸۷ | < ۰/۰۰۱ |
| | خطا | ۶۳۵/۷۰۸ | ۲۶ | ۲۴/۴۵۰ | | |
| | کل | ۱۵۲۲۹ | ۳۰ | - | | |

جدول ۵: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون پرخاشگری آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنا داری P |
|----------|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|-----------------|
| پرخاشگری | گروه | ۴۲۹۵/۸۰۱ | ۱ | ۴۲۹۵/۸۰۱ | ۴۵/۰۷۰ | < ۰/۰۰۱ |
| | خطا | ۲۴۷۸/۱۵۴ | ۲۶ | ۹۵/۳۱۴ | | |
| | کل | ۱۹۴۴۱۵/۰۰۰ | ۳۰ | | | |

بحث

اگر در محیط طبیعی کودک و نوجوان مانند مدرسه و یا گروه‌های اجتماعی صورت گیرد، موفق‌تر هستند (۱۹). آموزش مهارت حل مسئله در پی کاهش کاستی‌های شناختی (مانند کنترل تکانه) و تحریفات شناختی (مانند باورهای غیر منطقی) است. مراحل به‌خصوصی که در این روش به کار می‌روند عبارت‌اند از ۱) بایست، آرام باش و قبل از عمل فکر کن. ۲) مشکل را بگو و بگو چه احساسی داری؟ ۳) یک هدف مثبت را در نظر بگیر ۴) تفکر رو به جلو تا رسیدن به نتیجه ۵) جلو رفتن و سعی در کشیدن بهترین نقشه، در نهایت باز آموزی باورها که هدف اولیه کاهش تحریفات شناختی است، در کاهش علایم اختلالات رفتاری مؤثر است (۱۵، ۲۰).

همچنین ملاحظه شد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ شدت علایم پرخاشگری ($p < 0/001$) و تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین گروه درمانی شناختی-رفتاری منجر به بهبود علایم پرخاشگری در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است، این یافته با یافته‌های پژوهش-های پیشین در این زمینه همخوان بوده است (۱۷، ۱۹، ۲۰).

این یافته که گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش علایم پرخاشگری مؤثر است را می‌توان چنین تبیین کرد که کودکان پرخاشگر مهارت‌های حل مسئله محدودی دارند و راه‌حل‌های کلامی اندکی برای مشکلات پیدا می‌کنند (۲۱)، مداخله‌های درمان شناختی-رفتاری که نقص‌های شناختی را مورد هدف قرار می‌دهد در مرحله اول آموزش مهارت-های شناختی و رفتاری جدید را مورد توجه قرار داده و با توجه به اینکه شرط اصلی درمان شناختی-رفتاری درک نحوه تعبیر و تفسیر کودکان و نوجوانان از وقایع و تجارب

به طور کلی نتایج نشان داد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از نظر علایم اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای ($F=47/263$ و $p < 0/001$)، در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین گروه درمانی شناختی-رفتاری منجر به کاهش شدت علایم اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است و نتایج این پژوهش با یافته‌های قبلی (۱۰-۱۸) در زمینه تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای همخوان است. این یافته یعنی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای را می‌توان این گونه تبیین کرد که مهارت‌های حل مسئله شناختی برای کاهش بروز رفتارهای بی‌اعتنایی-مقابله‌ای در کودکان و نوجوانان با آموزش روش‌های مثبت پاسخ به موقعیت‌های پراسترس به این افراد صورت می‌گیرد. نوجوانان دارای ODD اغلب فقط روش-های منفی مقابله و پاسخ‌دهی به موقعیت‌های واقعی زندگی را می‌دانند. آموزش حل مسئله شناختی به آن‌ها می‌آموزد که چگونه یک موقعیت را دیده و تفسیر کنند و به آن پاسخ دهند (۱۹). علاوه بر این، با توجه به اینکه بچه‌های دارای اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای یا سرسخت در پاسخ به درخواست‌های والدینشان از کوره در می‌روند و فاقد مهارت-های شناختی و هیجانی لازم برای اجابت کردن درخواست-های بزرگسالان هستند و در ابراز هیجان‌اتشان افراط کرده و ظرفیت عقلانی بودن خود را از دست می‌دهند و همین عامل اجازه اجابت کردن درخواست بزرگسالان را از بین می‌برد (۱۸، ۱۹) لذا آموزش مهارت‌های حل مسئله اجتماعی و تغییر افکار منفی به این افراد کمک می‌کند تا بتوانند ظرفیت عقلانی بودن را در خود تقویت کرده و در ابراز هیجان‌اتشان راه تعادل را بیمایند، و این گونه مداخلات

همچنین ملاحظه شد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ شدت علائم پرخاشگری ($p < 0.001$) و ($F = 45.070$) تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین گروه درمانی شناختی-رفتاری منجر به بهبود علائم پرخاشگری در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است، و این یافته با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (۲۰، ۱۰، ۱۱، ۲، ۴، ۳)، در زمینه تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر پرخاشگری همخوان است.

مداخله‌های درمان شناختی-رفتاری که نقص‌های شناختی را مورد هدف قرار می‌دهد در مرحله اول، آموزش مهارت-های شناختی و رفتاری جدید را مورد توجه قرار داده و با توجه به اینکه شرط اصلی درمان شناختی-رفتاری درک نحوه تعبیر و تفسیر کودکان و نوجوانان از وقایع و تجارب است و با توجه به اینکه نارسایی‌ها و تحریفات شناختی زیربنای اصلی مشکلات کودکان و نوجوانان را تشکیل می‌دهد، در این مداخله‌ها اغلب، حل مسأله اجتماعی، راهبردهای شناختی جدید (مانند آموزش خودآموزی و خودگویی مثبت یا مقابله‌ای)، آموزش داده می‌شوند (۲۱).

در تبیین این یافته می‌توان گفت بنا به اعتقاد ایس، غالب مشکلات هیجانی افراد و رفتارهای وابسته به آن هیجانات از بیانات غیر منطقی آنان با خود، به هنگام رویارویی با رویدادهایی که مطابق میلشان رخ نمی‌دهد، سرچشمه می‌گیرد. کسانی که در برخورد با رویدادهای مخالف میلشان نامعقول و غیر منطقی عمل می‌کنند هر چیز کوچک را یک مصیبت می‌نامند و غالباً به خود می‌گویند که اتفاقات در حدی ناگوارند که تحملشان غیر ممکن است (۲۲) برای تبیین این یافته می‌توان گفت از بین رویکردهای مختلف مدیریت خشم در دو دهه گذشته، رویکرد شناختی-رفتاری مورد استقبال بیشتری قرار گرفته است. تئوری شناختی بر اساس اتصال ضروری اجزای اولیه خصمانه آموزش فنون کنترل برخورد، به منظور کاهش احتمال رفتارهای پرخاشگری می‌باشد (۲۳-۲۶). با توجه به این که کودکان و

است و با توجه به اینکه نارسایی‌ها و تحریفات شناختی زیربنای اصلی مشکلات کودکان و نوجوانان را تشکیل می‌دهد، در این مداخله‌ها اغلب، حل مسأله اجتماعی و راهبردهای شناختی جدید (مانند آموزش خودآموزی و خودگویی مثبت یا مقابله‌ای) را آموزش می‌دهند (۲۰، ۲۱). کودکان پرخاشگر در موقعیت‌های مبهم رفتار پرخاشگرانه‌ی بیشتری نشان می‌دهند، وقتی که می‌خواهند درباره هدف رفتار شخصی دیگر قضاوت کنند، به طور انتخابی نکات مثبت را کمتر می‌بینند (۲۳)، بر همین اساس مداخله‌هایی که تحریف‌های شناختی را مورد هدف قرار می‌دهند، تمرکزشان روی افزایش آگاهی کودک و نوجوان از شناخت‌های غیرمنطقی و بدکنشی باورها و طرح‌واره‌ها است و بر تسهیل درک آن‌ها از تأثیر این موارد بر رفتار و هیجان‌ها تأکید دارند، رفتارهای پرخاشگری را در آن‌ها کاهش می‌دهد (۲۲، ۲۵).

پژوهش‌های پیشین معتقدند که تکنیک حل مسأله همیارانه (Collaborative Problem Solving: CPS) که یکی از تکنیک‌های شناختی-رفتاری است، به نظر می‌رسد که برای کودکان و نوجوانان دارای اختلال AD/HD و ODD نویدبخش باشد (۱۹). زیرا در این تکنیک درمانی به کودکان و نوجوانان مشکل‌دار آموزش داده می‌شود که چگونه ناکامی‌های خود را دست‌کاری کرده و انعطاف و تطابق را یاد بگیرند و برای راه‌حلی که می‌تواند مشکل بین آنها و والدین‌شان را حل کند، بارش مغزی داشته باشند و آن‌ها یاد می‌گیرند که با استفاده از گفتگو، مباحثه کردن، و به کارگیری راه‌حلی که با والدین با آن توافق کرده‌اند، عدم توافقی‌های خود را با تعارض کمتر حل کنند. نوجوانان دارای ODD اغلب فقط روش‌های منفی مقابله و پاسخ-دهی به موقعیت‌های واقعی زندگی را می‌دانند. آموزش حل مسأله شناختی به آنها می‌آموزد که چطور یک موقعیت را دیده و تفسیر کنند و به آن پاسخ دهند (۲۰).

وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود که از درمان شناختی-رفتاری در مدارس برای کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان استفاده شود. از سوی دیگر، یافته‌های این پژوهش می‌تواند در مراکز درمانی و مشاوره‌ای توسط متخصصان بهداشت روانی به کار گرفته شود.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی-رفتاری باعث کاهش علائم اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای و پرخاشگری در دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی شده است. بنابراین استفاده از این فنون روان‌درمانی به دانش‌آموزانی که دچار اختلال بی‌اعتنایی-مقابله‌ای و پرخاشگری هستند به متولیان نظام آموزشی کشور توصیه می‌گردد.

قدردانی

بدین وسیله از مسؤولان محترم آموزش و پرورش و کلیه دانش‌آموزانی که در انجام این پژوهش با ما همکاری داشته‌اند، نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نوجوانان مبتلا به اختلال ODD معمولاً با بزرگترها بحث کرده و از کوره در می‌روند و فحش و ناسزا می‌گویند، غالباً خشمگین و زود رنج هستند با آموزش روش‌های ابراز وجود و حل مسأله می‌آموزند که اولاً به شیوه منطقی‌تر با بزرگسالان بحث و گفتگو کنند و ثانیاً به جای سرزنش کردن دیگران به خاطر خطای خودشان، مسؤلیت اشتباهشان را پذیرفته و از ناراحت کردن عمدی دیگران دست برمی‌دارند (۲۷-۲۹). همچنین به جای فحش و ناسزا یا پرخاشگری احساسات خود را با جملاتی مانند "من احساس می‌کنم..." بیان کنند. آنها یاد می‌گیرند که خشم خود را با روش‌های کنترل خشم مانند تغییر خودگویی‌های منفی (مانند بایست یک لحظه صبر کن) به شیوه‌ی جرأت‌مندانه و با استفاده از لحن صدای آرام و قاطع بیان کنند. با به‌کارگیری تکنیک‌های بازسازی شناختی کینه‌توزی و انتقام-جویی آن‌ها از سایرین کاهش پیدا کند و علاوه بر این عزت نفس‌شان افزایش می‌یابد. این پژوهش روی دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی صورت گرفته است، لذا نمی‌توان نتایج آن را به گروه‌های سنی و جنسی دیگر تعمیم داد. همچنین با توجه به در دسترس نبودن دانش‌آموزان و برخورد به پایان سال آموزشی امکان انجام آزمون پی‌گیری

منابع

- 1-Hamid N. Pathological Child Psychology, Katibesabz Publication. Ahwaz, 2012. [In Persian]
- 2-Hamid Najmeh. Clinical Psychopathology. Katibesabz Publication. Ahwaz, 2011. [In Persian]
- 3-Ashrafpoor Z. The effect of group logo therapy on children with oppositional defiant disorder [dissertation]. Tehran: Shahid Beheshti University; 1999. [In Persian]
- 4-Siegel-Wolf M. Cognitive behavioral intervention used to improve anger management skills with second and third grade students [dissertation]. Florida: School Psychology Miami Shore; 2007
- 5-Kazdin AE. Psychosocial treatments for conduct disorder in children and adolescents. A Guide for Treatments that Work 2002; 22:57-85. UK London.
- 6-Harada Y, Saitoh K, Iida J, Sakuma A, Iwasaka H, Imai J, et al. The reliability and validity of the Oppositional Defiant Behavior Inventory. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004;13(3):185-90.
- 7-Harada Y, Saitoh K, Iida J, Sasayama D, Sakai A, Imai J, et al. Establishing the cut-off point for the Oppositional Defiant Behavior Inventory. Psychiatry Clin Neurosci 2008;62:120-2.
- 8-Buss AH, Perry MP. The aggression questionnaire. J Personality Soc Psychol 1992;63:452-9.
- 9-Grawand L. The effect of social skill training on anxiety and aggression of Shahid spouses of Bonyad Shahid of pooldokhtar city [dissertation]. Ahwaz: Islamic Azad University; 2008. [In Persian]
- 10-Janbozorgi M. [Reconstruct and validation of depression inventory for children and adolescence]. Tehran: Tail counseling center; 2000. [In Persian]

- 11-Nemeth DG, Ray KP, Schexnayder MM. Anger management training for children: A group approach. In: Keller PA, Ritt LG, eds. *Innovations in Clinical Practice*. Sarasota: Professional Resource Press; 2002
- 12-Bahramy F. Problem solving training on aggression decrease of girl students. *Journal of clinical psychology*, 2010,32,231-239.
- 13-Berectin M, Taghavi T, Salehi M, Hasanzade A. The effect of cognitive group psychotherapy on aggressive children of PTSD subjects. *Esfahan University* 2006; 11(1):67-9. [In Persian]
- 14-Ghanvati S A. The effect of cognitive – behavior group psychotherapy on decrease of aggressive behaviors on female personal of drilling Iranian company [dissertation]. Ahwaz: Islamic Azad university of Khuzestan; 2009. . [In Persian]
- 15- Hoo KK, Eyberg SM. Outcomes of parent–child interaction therapy: Mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003;32(3):419-29.
- 16-Cobiya J, Padilla-Cotto L, Gonzalez K, Cestero J, Sanchez M, et al . Effectiveness of a cognitive-behavior intervention for Puerto Rican children. *Inter Am J Psychol* 2008;42:195-202.
- 17-Drugli MB, Larsson B .Children aged 4–8 years treated with parent training and child therapy because of conduct problems: Generalization effects to day-care and school settings. *Euro Child Adolescent Psychiatry* 2006;15(7):392–9.
- 18-Drugli M, Larsson B, Clifford G. Changes in social competence in young children treated because of conduct problems as viewed by multiple informants. *Euro Child Adolesc Psychiatry* 2007;16(6):370–8.
- 19-Greene RW, Ablon JS, Goring J. Effectiveness of collaborative problem with solving in effectively deregulated children with oppositional-defiant disorder: initial findings. *J Consult Clin Psychol* 2007;72(6):1157-64.
- 20-Keisberg G, Anna LS. What are treatments for oppositional defiant behaviors in adolescents? *J Family Pract* 2006;55(10):910-13.
- 21-Zaramim J. [Assessment and cognitive–behavior therapy of adolescence]. Trans by Khodayarifard M, Abedi Y. Tehran: Roshd; 1992. [In Persian]
- 22-Reid MJ, Webster-Stratton C, Hammond M. Follow-up of children who received the incredible years intervention for oppositional-defiant disorder: Maintenance and prediction of 2-year outcome. *Behav Ther* 2003; 34(4):471-91.
- 23-Shechtman Z, Ben-David M. Individual and group psychotherapy of childhood aggression: A comparison of outcomes and processes. *Group dynamics: Theory, Research, and Practice* 1999;3(4):263-74.
- 24-Hemphala M,& Tengstro M A. Association between psychopathic traits and mental disorder among adolescents with substance use problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 49,109-122.
- 25-Webster-Stratton C, Reid MJ. Treating conduct problems and strengthening social emotional competence in young children: The Dina Dinosaur Treatment Program. *J Emot Behav Disord* 2003;11(3):130-43.
- 26-Wong M, Gerken K, Ansley T. Cognitive-behavioral therapy in a hospital setting for children with severe emotional and/or behavior disorders. *Child Care Pract* 2003;11(1):7-22.
- 27-Musser ED, Galloway-Lomg HS, Frick PJ, Nigg JT. Emotion regulation heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52(2):163-71.
- 28-Nirenberg T, Baird J, Longabaugh R, Mello MJ. Motivational counseling reduces future police charges in court referred youth. *Accid Anal Prev* 2013;53:89-99.
- 29-Kuny AV, Althoff RR, Copeland W, Bartels M, Van Beijsterveldt CE, Baer J, et al. Separating the domains of oppositional behavior: comparing latent models of the conners' oppositional subscale. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52(2):172-83.

The Effect of Group Cognitive–Behavior Therapy on Oppositional Defiant Disorder and Aggression in Guidance School Female Students in Ahvaz

Najmeh Hamid¹, Leila Naghdi Nasab^{2*}, Mahnaz Mehrabi Zadeh³

1-Associate Professor of Psychology.

2-Master of Clinical Psychology.

3-Professor of Psychology.

1,2,3-Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:

Leila Naghdi Nasab; Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.
Tel: +989161187586
Email: dr_najmehamid@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: The purpose of this study was to investigate the effect of group cognitive–behavior therapy on oppositional defiant disorder and aggression among guidance school female students.

Subjects and Methods: The research method was semi experimental with pre-post and control group. The sample consisted of 65 female students who were selected by random cluster sampling, clinical interview with their parents and oppositional defiant behavior inventory (ODBI). Thirty students were selected randomly and randomly divided into two groups as experimental and control. The subjects also completed Buss and Perry Inventory. Then 8 sessions of cognitive–behavior therapy was held for experimental group but the control group did not receive any intervention. For analyzing the data, MANCOVA test was used.

Result: The results revealed that there was a significant difference between experimental and control group in oppositional defiant disorder and aggression ($P < 0.001$). The rate of oppositional defiant disorder and aggression in experimental group was significantly decreased in compare to pre test and control group. The results indicated that group cognitive –behavior therapy was effective to reducing the oppositional defiant disorder and aggression ($P < 0.001$).

Conclusions: Group cognitive–behavior therapy can decrease the oppositional defiant disorder and aggression in guidance school female students.

Key words: Group cognitive–behavior therapy, Oppositional defiant disorder, Aggression.

Please cite this paper as:

Hamid N, Naghdi Nasab L, Mehrabi Zadeh M. The Effect of Group Cognitive–Behavior Therapy on Oppositional Defiant Disorder and Aggression in Guidance School Female Students in Ahvaz. *Jundishapur Sci Med J* 2014; 12(6):723-734

Received: Oct 17, 2012

Revised: July 29, 2013

Accepted: July 24, 2013