Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 21, Issue 2

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy on Anger Indicators in Patients with Anxiety Disorders

Mohammad Hadi Abdollahi[1], Fariba Bashardost Tajali[2], Nastaran Sharifi[3]

1. PhD. Student of Psychology, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

Abstract

Aim and Background: One of the common emotions in people suffering from mood and anxiety disorders is anger syndrome. The main concern for those suffering from anxiety disorders whose performance in various activities is impaired is self-harming anger and sometimes suicide. This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on anger indicators in patients with anxiety disorders.

Methods and Materials: It was a semi-experimental study with a pre-test, post-test and three-month follow-up design. All the patients with anxiety disorders referred to specialized psychological centers in Tehran city in 2022 constituted the statistical population of the study. 45 people were selected by purposeful sampling method and replaced by random assignment in three equal groups of 15 people. respectively, cognitive-behavioral therapy (Leahy et al., 2009) and metacognitive therapy (Wells and Fisher, 2015) were applied in 10 sessions, 1 session per week and each session for 1 hour in the subjects of the experimental groups. but the control group did not receive treatment intervention. In addition to the demographic information checklist, researcher-made form, data collection was done with state-trait aggression questionnaire. Data analysis was done with descriptive statistics, mixed analysis of variance and Bonferroni post hoc test with SPSS statistical software number 26.

Findings: The results showed that both cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy were effective in reducing symptoms of state anger, trait anger, and occurrence of anger and increasing symptoms of anger control at the end of treatment and after a three-month follow-up. the three-month follow-up results of the interventions also showed the stability of the treatment. also, the results of Bonferroni's post hoc test showed that cognitive-behavioral therapy has been more effective in improving the scores of anger indicators in patients with anxiety disorders than metacognitive therapy ($P<0.05$).

Conclusions: Based on this, it can be stated that both cognitive-behavioral and metacognitive methods are beneficial in improving anger indicators in people with anxiety disorders. Also, the existence of the behavioral activation session can be the reason for the superiority of cognitive-behavioral therapy.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, metacognitive therapy, anger, anxiety disorder.

Citation: Hadi Abdollahi M, Bashardost Tajali F, Sharifi N. **Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy on Anger Indicators in Patients with Anxiety Disorders**. Res Behav Sci 2023; 21(2): 361-376.

*** Fariba Bashardost Tajali,**
Email: fariba_66@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]

[DOI: 10.48305/21.2.361]

مقایسه اثربخشی درمان شناختی–رفتاری و درمان فراشناختی بر شاخص‌های خشم در مبتلایان به اختلالات اضطرابی

محمدهادی عبداللهی[۱]، فریبا بشردوست تجلی[۲]، نسترن شریفی[۳]

۱– دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲– (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳– استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: یکی از هیجانات شایع در مبتلایان به اختلالات خلقی و اضطرابی، نشانگان خشم است. نگرانی اصلی در مورد مبتلایان به اختلالات اضطرابی که عملکردشان در کُنش‌های مختلف مختل است، خشم خودآزارگرانه و بعضاً خودکشی است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی–رفتاری و درمان فراشناختی بر شاخص‌های خشم در مبتلایان به اختلالات اضطرابی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه بود. تمامی مبتلایان به اختلالات اضطرابی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی روان‌شناختی در سطح شهر تهران در سال ۱۴۰۱ جمعیت آماری پژوهش را تشکیل دادند. با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به شیوه انتصاب تصادفی در سه گروه مساوی ۱۵ نفری جایگزین شدند. به ترتیب درمان شناختی–رفتاری (لیهی و همکاران، ۲۰۰۹) و درمان فراشناختی (ولز و فیشر، ۲۰۱۵) طی ۱۰ جلسه، به‌صورت ۱ جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۱ ساعت در آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش اعمال شد، اما گروه کنترل مداخله درمانی دریافت نکرد. گردآوری اطلاعات علاوه بر چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک–فرم محقق ساخته با پرسش‌نامه پرخاشگری حالت– صفت (اشپیلبرگر، ۱۹۷۲) انجام شد. تحلیل داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی، آنالیز واریانس مختلط و آزمون تعقیبی بن‌فرونی با نرم‌افزار آماری SPSS شماره ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو روش درمان شناختی–رفتاری و درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های خشم حالت، خشم صفت و بروز خشم و افزایش نشانه‌های کنترل خشم در پایان درمان و بعد از پیگیری سه‌ماهه مؤثر واقع شدند. نتایج پیگیری سه‌ماهه مداخلات نیز نشان‌دهنده ثبات درمان بود. همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که درمان شناختی–رفتاری بر بهبود نمرات شاخص‌های خشم در مبتلایان به اختلالات اضطرابی نسبت به درمان فراشناختی اثربخش‌تر عمل کرده است ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براین اساس می‌توان بیان کرد که هر دو روش شناختی–رفتاری و فراشناختی بر بهبود شاخص‌های خشم در مبتلایان به اختلالات اضطرابی سودمند هستند. همچنین، وجود جلسه فعال‌سازی رفتاری می‌تواند علت برتری درمان شناختی–رفتاری باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی–رفتاری، درمان فراشناختی، خشم، اختلال اضطرابی.

ارجاع: عبداللهی محمدهادی، بشردوست تجلی فریبا، شریفی نسترن. **مقایسه اثربخشی درمان شناختی–رفتاری و درمان فراشناختی بر شاخص‌های خشم در مبتلایان به اختلالات اضطرابی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۲؛ ۲۱(۲): ۳۶۱-۳۷۶.

* **فریبا بشردوست تجلی،**

رایانامه: fariba_66@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]

[DOI: 10.48305/21.2.361]

مقدمه

اختلالات اضطرابی به میزان قابل‌توجهی شایع، مزمن و درعین‌حال ناتوان‌کننده هستند. این اختلالات رنج زیادی برای بیمار و هزینه‌های گزافی برای جوامع به بار می‌آورند (۱). اختلالات اضطرابی مجموعه‌ای از اختلالات را در برمی‌گیرند که ویژگی مشترک آن‌ها ترس و اضطراب مفرط و آشفتگی‌های رفتاری پسایند آن است (۲). پنجمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، پنج اختلال اضطرابی عمده را معرفی می‌کند که شامل هراس خاص، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال پانیک، آگورافوبی و اختلال اضطراب فراگیر است. همچنین، برخی از اختلالات مرتبط با دوران کودکی و نوجوانی شامل اختلال اضطراب جدایی و لالی انتخابی به این طبقه اضافه‌شده است (۲, ۳).

مطالعات همه‌گیرشناسی شیوع طول عمر این اختلالات را حدود ۲۵ الی ۴۰ درصد گزارش کرده‌اند و نشان می‌دهند این اختلالات باعث تخریب گسترده و معنادار در عملکرد خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی فرد مبتلا می‌گردند (۴). علاوه براین، زمانی‌که درمان به تأخیر بیافتد، اختلالات اضطرابی در فرد پایدار می‌مانند و با اختلالات دیگری همچون اختلالات خلقی و سوءمصرف مواد (۵, ۶) و نیز کاهش کیفیت زندگی همراه می‌شوند (۷).

عوامل زیستی و روان‌شناختی متعددی می‌توانند سبب ایجاد و تداوم اختلالات اضطرابی شوند. در سال‌های اخیر نقص در تنظیم هیجان به‌عنوان یک سازه مختل که در بسیاری از اختلالات و بسیاری از نظریه‌های آسیب‌شناسی نقش دارد، کانون نظریه‌ها و پژوهش‌های زیادی بوده است (۸) و نشان داده‌اند که نقص در تنظیم هیجان، به‌ویژه در اختلالات اضطرابی نقش اساسی دارد (۹). براساس مدل یکپارچه، اختلالات اضطرابی با نقص و دشواری‌های خاص در تنظیم هیجان مثل اجتناب هیجانی و احساس خشم مشخص می‌شوند (۱۰).

محققان دریافته‌اند که اختلالات اضطرابی مانند اختلال اضطراب اجتماعی با خشم به‌عنوان هیجانی بنیادین با تهدید و ارزیابی منفی مرتبط است، پاسخ‌های فیزیولوژیک را فعال می‌سازد و تمایلات رفتاری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱, ۱۲). بنا به تعریف، خشم تجربه ذهنی یک هیجان ناخوشایند است و به‌عنوان یک هیجان در طیفی از رنجش خاطر تا خشم و غضب دیده می‌شود که می‌تواند معطوف به خود، دیگران و یا محیط باشد و در شخصیت‌های گوناگون، به اشکال مختلف ابراز گردد (۱۳). به‌طور مثال، شخصیت‌های اجتنابی به‌سختی می‌توانند تشخیص دهند که چه زمانی عصبانی هستند. همچنین، افراد منفعل- پرخاشگر زمان زیادی را صرف نگرانی در مورد نحوه برخورد می‌کنند که باعث ناراحتی عاطفی و جسمی آن‌ها ازجمله افزایش درد و اضطراب می‌شود (۱۴). به‌علاوه، بسته به تشخیص اضطراب، خشم ممکن است متفاوت بیان شود. درواقع، مراجعین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ممکن است احساسات خشمگینانه را تجربه کنند اما آن‌ها را بیشتر از افراد سالم سرکوب کنند (خشم درونی شده) که منجر به سطوح بالاتری از شدت اضطراب می‌شود (۱۵).

گودمن و همکاران، نیز در یک مطالعه مقطعی نشان دادند که مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی در مقایسه با گروه گواه، در پاسخ به ارزیابی منفی خشمشان را شدیدتر و با بسامد بیشتر ابراز می‌کنند، مهارت‌های مدیریت خشم آن‌ها پایین‌تر است و تمایل بیشتری به درونی‌سازی خشم دارند (۱۶). درعین‌حال، یافته‌ها حاکی از آن است که صف خشم و تمایل به فرونشانی خشم، پاسخ درمانی را در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی تضعیف می‌کند. این امر لزوم توجه بیشتر به فهم مکانیسم رابطه بین اختلالات اضطرابی و خشم را مطرح می‌سازد (۱۷). همچنین، این گروه از اختلالات همچنان که پیشتر بیان شد همبودی بالایی با سایر اختلالات روانی به‌ویژه اختلالات خلقی دارند (۵). این همبودی از یک‌سو، باعث کاهش تشخیص دقیق و در نتیجه کاهش اثربخشی روش‌های درمانی می‌شود و از سوی دیگر، هزینه‌های درمان را افزایش می‌دهد. در نتیجه متخصصان و درمانگران باید نسبت به شناسایی سریع و درمان این نوع اختلالات و همبسته‌های روانی-هیجانی مرتبط با آن توجه و حساسیت بالایی داشته باشند (۱۸).

امروزه شیوه‌های بسیاری در درمان اختلالات اضطرابی و عوامل رفتاری و روانی همراه با آن‌ها مطرح شده است. در این میان درمان دارویی به دلیل ماهیت علامت‌محور بودن خود، نه تنها موفقیتی در درمان اساسی و قطعی اختلالات نداشته بلکه عوارض دارویی ناشی از مصرف درازمدت آن‌ها نیز بر مشکل افزوده است، اما روش‌های مختلف غیردارویی وجود دارد که نه‌تنها عوارضی را در پی نداشته بلکه سهم فراوانی در اختلالات مذکور داشته‌اند (۱۹, ۲۰). این تکنیک‌ها به دلیل ماهیت مشکل‌محور خود در درمان اختلالات از پشتوانه نظری و تجربی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]
[DOI: 10.48305/21.2.361]

قابل توجهی برخوردار هستند. در این میان این نکته حائز اهمیت است که درمان شناختی-رفتاری هم از اساس نظری قوی برخوردار بوده و هم مطالعات متعددی اثربخشی آن را در کاهش علائم بیماری، بهبود و کیفیت زندگی بیماران مختلف تأیید کرده است (۲۱).

مرور مطالعات نشان می‌دهد که روش‌های روان‌درمانی مؤثری برای درمان علائم روان‌شناختی و رفتاری در مبتلایان به اختلالات خلقی و اضطرابی وجود دارد. یکی از مداخلاتی که بیش از بقیه تحت مطالعه قرار گرفته، درمان شناختی-رفتاری است که از راهبردهای شناختی و رفتاری تشکیل شده است (۲۲). به باور گوزایک و همکاران، درمان شناختی-رفتاری اصلی‌ترین رویکرد روان‌شناختی مبتنی بر شواهد برای درمان اختلالات اضطرابی است که بیشترین میزان شواهد را در مورد کارآیی آن موجود است، اثر بالینی این درمان بسیار شناخته شده است. با توجه به این‌که اختلالات اضطرابی معمولاً مزمن هستند، بنابراین اثرات پایدار درمان مهم است (۲۳). ازاین‌رو نتایج یک متاآنالیز نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری به‌طور متوسط تا ۱۲ ماه پس از اتمام درمان با کاهش علائم متوسط در اختلالات خلقی و اضطرابی همراه است (۲۴).

بااین‌حال سیلبرگ و همکاران، گزارش می‌کنند که طی بیست سال گذشته، درمان‌های جدیدتری نیز در پی شناخت بیشترِ محدودیت‌های درمان شناختی-رفتاری ظهور پیدا کردند. تقریباً نیمی از بیمارانی که تحت درمان شناختی-رفتاری و روش‌های رفتاری قرار گرفته‌اند، ازلحاظ افسردگی و اضطراب درمان شده‌اند، درحالی‌که نیم دیگر بیماران-که رقم قابل‌توجهی است-واکنش مختصری به این درمان نشان داده یا اصلاً به این نوع درمان پاسخ نداده‌اند (۲۵). همچنین، در میان کسانی که بهبود پیدا می‌کنند، بیماری در تعداد قابل‌توجهی عود می‌کند که نمی‌توان آن را نادیده گرفت. فقط یک‌سوم از بیماران یک سال پس از تکمیل مداخلات روانی علائم افسردگی را نشان نمی‌دهند. خوشبختانه، این حیطه به لطف ایده‌ها و تکنولوژی‌های جدید همچنان روبه‌جلو در حال پیشرفت است. این پیشرفت باعث توسعهٔ درمان‌های جدیدتر از قبیل درمان فراشناختی شده است (۲۶).

درمان فراشناختی به‌ویژه به‌منظور رفع نواقص شناختی و رفتاری ظهور پیدا کرد (۲۷). به باور ولز و همکاران، شناخت درمانی با توجه به این نظر که افکار منفی در اختلالات هیجانی از فعالیت باورهای ناکارآمد منتج می‌شوند، بیشتر روی منشأ محتوای افکار تأکید دارد ولی در مورد اینکه چگونه این افکار شکل می‌گیرد و یا چه سازوکاری این تفکرات ناکارآمد را برجسته می‌سازد تلاشی صورت نگرفته است. لذا برای فهم فرایندهای تفکر لازم است که با باورهای فرد درباره تفکر، راهبردهای فردی در مورد کنترل توجه و همچنین، نوع باورهای فراشناختی او تأکید نماییم (۲۸). آنچه در درمان فراشناختی مورد تأکید قرار می‌گیرد عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد، نه چالش با افکار و خطاهای شناختی یا مواجهه طولانی‌مدت و مکرر با باورها در مورد تروما یا نشانه‌های بدنی (۲۹).

در بیشتر درمان‌های صورت گرفته برای اختلالات اضطرابی (مانند درمان شناختی-رفتاری، شناخت درمانی و رفتاردرمانی) بیشتر به محتوای فکری و رفتارهای اجتنابی توجه شده است درحالی‌که بیشتر اختلالات اضطرابی علاوه بر موارد گفته‌شده، در فرایند پردازش اطلاعات مانند باورهای مثبت و منفی فراشناختی نیز اختلال دارند. در درمان فراشناختی، شیوه‌های تفکر ناسازگارانه به برتری فعالیت مبتنی بر مفهوم کلامی اشاره دارند که کنترل آن دشوار است و به شکل نگرانی و نشخوارگری فکری روی می‌دهند. این سبک‌ها می‌توانند به‌طور مستقل از محتوای خود، به‌صورت اشکال گسترش‌یافته‌ای از اطلاعات اضطراب‌آور، دل‌مشغولی و تحلیل‌گری شناسایی شوند. هدف درمانگر به شیوه فراشناختی تغییر دادن شیوه‌ها و باورهایی است که به‌واسطهٔ آن‌ها افراد به کنترل فکرشان می‌پردازند (۲۷, ۲۸). با اذعان به مطالب بالا این مطالعه با هدف «مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی بر شاخص‌های خشم در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی» انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه بود. تمامی مبتلایان به اختلالات اضطرابی (اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر) مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی روان‌شناختی در سطح شهر تهران در سال ۱۴۰۱ جمعیت آماری پژوهش را تشکیل دادند. در این پژوهش با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. لازم به ذکر است که در پژوهش از نوع مداخله‌ای حجم نمونه در هر زیرگروه ۱۵ نفر کفایت می‌کند (۳۰)؛ بنابراین، از بین افراد واجد معیارهای ورود به پژوهش تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به شیوه انتصاب

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]
[DOI: 10.48305/21.2.361]

تصادفی در سه گروه مساوی، هر گروه ۱۵ نفر (درمان شناختی-رفتاری (گروه آزمایش اول) ۱۵ نفر؛ فراشناخت درمانی (گروه آزمایش دوم) ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر) جایگزین شد.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل، تکلم به زبان فارسی، قرار داشتن بین ۱۸ الی ۵۰ سال سن، تشخیص ابتلای به اختلالات اضطرابی (اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر) توسط متخصصین مربوطه و توانایی شرکت در جلسات درمانی تعیین شده بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، درخواست عدم همکاری بیمار به هر دلیلی، تشدید نشانه‌های بیماری (اختلال اضطرابی)، بی‌احترامی به دیگر اعضای گروه و ورود به دوره درمانی دیگر حین مداخله یا نیاز به دریافت درمان دارویی بود.

این پژوهش برخی اصول اخلاقی ازجمله توضیح اهداف پژوهش برای اعضای نمونه، حفظ رازداری، گمنام ماندن اعضا، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل افراد را رعایت نمود. افزون بر این پژوهش با کد اخلاق به شماره IR.IAU.R.REC.1401.045 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن به ثبت رسیده است. برای توصیف اطلاعات پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس مختلط و با کمک نرم‌افزار $SPSS_{V26}$ استفاده شد. ابزار پژوهش در زیر ارائه شده است.

پرسش‌نامه پرخاشگری حالت-صفت (The State-Trait Anger Scale): این ابزار خودگزارش‌دهی به‌منظور ارزیابی حالات مرتبط با پرخاشگری در سال ۱۹۷۲ به‌وسیله اشپیلبرگر تدوین یافته است. این ابزار دارای ۵۷ سؤال با ۶ مقیاس و ۵ زیرمقیاس است و ماده‌های آن در سه بخش تنظیم شده است. بخش اول، به اندازه‌گیری خشم-حالت می‌پردازد که در آن آزمودنی‌ها شدت احساس خود را براساس مقیاس ۴ درجه‌ای از به‌هیچ‌وجه با نمره ۱ تا خیلی زیاد با نمره ۴ درجه‌بندی می‌کنند. این بخش ۱۵ ماده را دربر می‌گیرد و شامل مقیاس خشم-حالت و زیرمقیاس‌های آن احساس خشمگینانه (سؤالات شماره ۱ تا ۵)، تمایل به بروز کلامی خشم (سؤالات شماره ۶ تا ۱۰) و تمایل به بروز فیزیکی خشم (سؤالات شماره ۱۱ تا ۱۵) می‌باشد. بخش دوم، با ۱۰ آیتم به سنجش خشم-صفت اختصاص دارد و همانند بخش اول درجه‌بندی می‌شود. مقیاس خشم-صفت دارای ۲ زیرمقیاس شامل خلق‌وخوی خشمگینانه (سؤالات شماره ۱۶ تا ۱۹) و واکنش خشمگینانه است (سؤالات شماره ۲۰ تا ۲۵). بخش سوم، ۳۲ ماده را دربر می‌گیرد که در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از تقریباً هرگز با نمره ۱ تا همیشه با نمره ۴ درجه‌بندی می‌شود و بروز و کنترل خشم را می‌سنجد و ۴ زیرمقیاس بروز خشم بیرونی یا بروز یافته (سؤالات شماره ۲۶ تا ۳۳)، بروز خشم درونی یا فرو خورده (سؤالات شماره ۳۴ تا ۴۱)، کنترل خشم بیرونی (سؤالات شماره ۴۲ تا ۴۸) و کنترل خشم درونی (سؤالات شماره ۴۹ تا ۵۷) را موردسنجش قرار می‌دهد. ضرایب پایایی این ابزار در مطالعات متعدد بالا گزارش شده است (۳۲). این ابزار توسط اصغری‌مقدم و همکاران، در یک جمعیت بالینی اعتباریابی شده است. در مطالعه آن‌ها ضرایب پایایی زیرمقیاس‌های خشم حالت، خشم صفت، ابراز خشم درونی، ابراز خشم بیرونی، کنترل خشم درونی و کنترل خشم بیرونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۴ و ضریب بازآزمایی در دامنه‌ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۶ در نوسان بود (۳۳). در مطالعه نیکدل و جاودانیان، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۰ محاسبه شده است (۳۴). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در دامنه‌ای بین ۰/۶۷ الی ۰/۸۴ در نوسان بود.

روش اجرا: روند اجرای پژوهش به این صورت بود که در ابتدا اطلاعیه‌ای مبنی بر برگزاری جلسات روان‌درمانی برای مبتلایان به اختلالات اضطرابی به‌تمامی مراکز تخصصی روان‌شناختی در سطح شهر تهران- منطقه شمال در سال ۱۴۰۱ ابلاغ شد تا از داوطلبین شرکت در برنامه‌ها ثبت‌نام به عمل آید. بعد از ثبت‌نام متقاضیان شرکت در طرح، طی تماس تلفنی از افراد دعوت شد در جلسه مصاحبه حضور یابند تا شرایط ورود به مطالعه احراز شود و نیز شرایط انجام کار برای آن‌ها شرح داده شد. تعداد ۴۵ نفر انتخاب شده، به‌طور تصادفی در سه گروه مساوی قرار گرفتند. برای افراد در دو گروه آزمایش مداخلات طی ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۱ ساعت و به‌صورت فردی و هفته‌ای یک‌بار اجرا شد. در جداول ۱ و ۲ خلاصه محتوای جلسات مداخله ارائه شده است. پس از اخذ موافقت و رضایت کتبی آگاهانه از افراد نمونه، مرحله پیش‌آزمون انجام شد و مرحله پس‌آزمون نیز در پایان مداخله و بعد از اتمام جلسات انجام شد. سه ماه پس از اجرای پس‌آزمون دوره پیگیری نیز انجام شد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]
[DOI: 10.48305/21.2.361]

پروتکل درمان شناختی-رفتاری: این برنامه درمانی توسط لیهی و همکاران در سال ۲۰۰۹ طراحی شده است. برنامه درمان شناختی-رفتاری طی ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۱ ساعت و به‌صورت گروهی و هفته‌ای یک‌بار اجرا شد. خلاصه جلسات به شرح زیر است: جلسه اول: ارزیابی تهیه فهرست مشکلات پرسشنامه‌های اضطرابی، شناسایی حوزه‌های نگرانی، تعیین تشخیص‌های افتراقی، آشناسازی با درمان؛ جلسه دوم: ارزیابی اضطراب با آزمون اضطراب بک، ادامه شناسایی نگرانی‌های بیمار، تکلیف خانگی؛ جلسه سوم: مداخلات رفتاری و آموزش آرام‌سازی تنفسی و توجه آگاهی، استفاده از برنامه‌ریزی پاداش؛ جلسه چهارم: پایش احساس لذت و تسلط بر اضطراب، مداخلات شناختی و چالش با افکار خودآیند؛ جلسه پنجم: مداخلات رفتاری: آموزش بیمار برای تعمیم آرام‌سازی و توجه آگاهی، کاهش زمان نشخوار فکری، بررسی منابع استرس‌زا؛ جلسه ششم: معرفی مهارت حل مسئله، کمک برای مواجهه، مداخلات شناختی و شناسایی مفروضه‌های ناکارآمد، چالش با مفروضه‌ها، تداوم چالش با افکار خودآیند و ثبت روزانه افکار؛ جلسه هفتم: ارزیابی، مداخلات شناختی، ادامه چالش با افکار خودآیند، شناسایی و ارزیابی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار شخصی، تبیین رابطه نگرانی با طرحواره‌ها؛ جلسه هشتم: شناسایی باورهای مرتبط با شکست، تشویق بیمار برای تأیید هیجان‌های ناخوشایند و تکلیف خانگی؛ جلسه نهم: ارزیابی، مداخلات رفتاری، اتمام تدریجی درمان، کمک به بیمار برای تعیین اهداف کوتاه و بلندمدت، شناسایی تکنیک‌های مؤثر در غلبه بر مشکلات احتمالی آینده، مداخلات شناختی، مرور اطلاعات کسب‌شده درباره افکار خودآیند و مفروضه‌ها و طرحواره‌ها و جلسه دهم: کمک به بیمار برای ارائه پاسخ‌های منطقی از طریق ایفای نقش، کمک به بیمار برای ایجاد طرحواره‌های سازگار و جمع‌بندی.

پروتکل درمان فراشناختی: این برنامه درمانی توسط ولز و فیشر در سال ۲۰۱۵ طراحی شده است. برنامه درمان فراشناختی نیز طی ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۱ ساعت و به‌صورت گروهی و هفته‌ای یک‌بار اجرا شد. خلاصه جلسات به شرح زیر است: جلسه اول: تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، اجرای آزمایش سرکوب فکر، شروع چالش با باور مرتبط با کنترل‌ناپذیری نگرانی، ذهن آگاهی گسلیده، مرفی به تعویق انداختن نگرانی و تکلیف خانگی؛ جلسه دوم: بررسی تکلیف خانگی، ادامه آماده‌سازی در صورت نیاز، اسناد مجدد کلامی و رفتاری و کنترل‌ناپذیری، تکلیف خانگی؛ جلسه سوم: ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری، اجرای آزمایش از دست، دادن کنترل در جلسه درمان، بررسی و متوقف کردن فکر؛ جلسه چهارم: بررسی تکلیف خانگی، راهبردهای ناسازگار، چالش با باورهای منفی، تأکید بر معکوس کردن راهبرد غیرانطباقی؛ جلسه پنجم: راهبردهای ناسازگار، ادامه چالش با باور منفی و تأکید بر معکوس کردن راهبرد غیرانطباقی؛ جلسه ششم: بررسی تکلیف خانگی، راهبردهای ناسازگار باقی‌مانده، ادامه چالش با باور مربوط به خطر و تأکید بر معکوس کردن راهبرد غیرانطباقی؛ جلسه هفتم: بررسی تکلیف خانگی، شروع چالش با باورهای مثبت در صورت رسیدن باورهای منفی به صفر و تکلیف خانگی؛ جلسه هشتم: ادامه چالش با باورهای مثبت، اجرای راهبرد عدم مطابقت در جلسه درمان و تکلیف خانگی؛ جلسه نهم: کار بر روی معکوس کردن علائم باقی‌مانده، اجرای راهبرد عدم مطابقت در جلسه درمان، ادامه چالش با باورهای مثبت و شروع کار بر برنامه جدید و جلسه دهم: کار بر روی طرح کلی درمان (جلوگیری از عود)، تقویت برنامه جایگزین، کار بر تدوین طرح جدید و جمع‌بندی.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۵ شرکت‌کننده در هر یک از سه گروه درمان شناختی رفتاری (۱۳ زن و ۲ مرد)، درمان فراشناختی (۱۲ زن و ۳ مرد) و کنترل (۱۲ زن و ۳ مرد) جای گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان شناختی-رفتاری برابر با ۴/۵۲ ± ۲۷/۶۷، در گروه درمان فراشناختی برابر با ۵/۸۰ ± ۲۸/۶۰ و در گروه کنترل برابر با ۴/۷۰ ± ۳۰/۶۰ سال بود. بررسی اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در پژوهش نشان داد که افراد نمونه ازنظر سن (برحسب سال)، سطح تحصیلی (دیپلم، فوق‌دیپلم، لیسانس و بالاتر) یکسان بوده و تفاوت معناداری نداشتند. در جدول شماره ۱ آماره‌های توصیفی مربوط به شاخص‌های خشم در سه گروه در مراحل مختلف سنجش ارائه شده است.

در این پژوهش به‌منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو—ویلک مربوط به شاخص‌های خشم در هر گروه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری موردبررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد شاخص شاپیرو-ویلک

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]
[DOI: 10.48305/21.2.361]

برای احساس خشمگینانه (p=۰/۰۴۳) در گروه درمان شناختی-رفتاری در مرحله پس‌آزمون و واکنش خشمگینانه (p=۰/۰۴۹) در گروه درمان فراشناختی در مرحله پیگیری به لحاظ آماری معنادار است. باوجوداین با توجه به سطح معناداری به‌دست‌آمده برای شاخص شاپیرو- ویلک آن مؤلفه‌ها، حجم نمونه برابر در گروه‌ها و مقاومت آزمون‌های آماری خانواده تحلیل واریانس در برابر انحراف از مفروضه‌ها چنین نتیجه‌گیری شد که انحراف از مفروضه شدید نبوده و بنابراین می‌توان انتظار داشت که این موضوع نتایج تحلیل را بی‌اعتبار نسازد. در ادامه برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس خطای مؤلفه‌های خشم در بین گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون در جدول ۲ ارائه‌شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

ابعاد	مؤلفه‌ها	گروه	پیش‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پیگیری (انحراف معیار± میانگین)
خشم حالت	احساس خشمگینانه	درمان شناختی رفتاری	۱۴/۹۳ (۲/۹۸)	۸/۰۰ (۲/۲۶)	۹/۱۳ (۲/۱۸)
		درمان فراشناختی	۱۵/۰۷ (۳/۳۰)	۱۰/۱۳ (۲/۳۵)	۱۱/۸۰ (۲/۴۵)
		کنترل	۱۳/۹۴ (۲/۸۹)	۱۴/۱۵ (۲/۸۳)	۱۴/۶۰ (۲/۴۱)
	بروز کلامی خشم	درمان شناختی رفتاری	۱۴/۷۱ (۲/۹۲)	۸/۸۷ (۲/۱۶)	۹/۷۹ (۲/۳۰)
		درمان فراشناختی	۱۵/۱۳ (۳/۱۴)	۹/۶۰ (۲/۱۰)	۱۰/۰۷ (۲/۴۰)
		کنترل	۱۳/۵۶ (۲/۷۲)	۱۲/۸۰ (۳/۱۹)	۱۳/۸۷ (۲/۴۵)
	بروز فیزیکی خشم	درمان شناختی رفتاری	۱۲/۸۰ (۳/۱۲)	۸/۱۳ (۲/۲۹)	۷/۶۷ (۲/۰۲)
		درمان فراشناختی	۱۳/۳۳ (۲/۴۷)	۱۰/۱۷ (۲/۴۵)	۱۰/۲۰ (۲/۱۱)
		کنترل	۱۳/۹۱ (۲/۷۱)	۱۳/۴۰ (۲/۸۲)	۱۳/۳۸ (۲/۶۰)
خشم صفت	خلق‌وخوی خشمگینانه	درمان شناختی رفتاری	۹/۵۳ (۱/۶۸)	۸/۲۰ (۱/۸۲)	۸/۵۳ (۱/۷۷)
		درمان فراشناختی	۹/۲۷ (۲/۰۵)	۷/۰۰ (۱/۷۹)	۷/۴۰ (۲/۰۶)
		کنترل	۹/۴۸ (۲/۲۶)	۹/۴۰ (۲/۱۳)	۹/۸۱ (۲/۱۸)
	واکنش خشمگینانه	درمان شناختی رفتاری	۱۵/۳۳ (۳/۳۴)	۱۱/۸۰ (۲/۹۱)	۱۲/۵۳ (۳/۱۴)
		درمان فراشناختی	۱۵/۲۹ (۳/۹۸)	۱۳/۷۳ (۲/۴۹)	۱۴/۶۰ (۲/۵۳)
		کنترل	۱۶/۱۳ (۳/۹۲)	۱۶/۸۷ (۳/۰۷)	۱۶/۵۸ (۳/۴۴)
بروز خشم	بروز خشم درونی	درمان شناختی رفتاری	۲۲/۲۰ (۵/۵۱)	۱۲/۲۷ (۳/۲۴)	۱۲/۱۳ (۲/۹۵)
		درمان فراشناختی	۲۱/۳۵ (۵/۳۸)	۱۶/۱۳ (۲/۹۰)	۱۷/۲۷ (۳/۴۳)
		کنترل	۲۰/۸۳ (۵/۴۰)	۲۱/۶۷ (۴/۴۳)	۲۱/۴۰ (۴/۶۶)
	بروز خشم بیرونی	درمان شناختی رفتاری	۲۰/۱۴ (۴/۲۱)	۱۵/۸۰ (۳/۰۳)	۱۵/۰۰ (۳/۶۰)
		درمان فراشناختی	۲۱/۶۰ (۴/۷۳)	۱۲/۹۳ (۲/۸۸)	۱۴/۷۰ (۲/۴۳)
		کنترل	۲۰/۲۸ (۴/۴۵)	۱۹/۴۰ (۳/۹۱)	۱۹/۸۱ (۴/۱۶)
کنترل خشم	کنترل خشم بیرونی	درمان شناختی رفتاری	۱۴/۹۰ (۳/۷۷)	۲۴/۵۳ (۴/۶۱)	۲۴/۰۰ (۴/۹۰)
		درمان فراشناختی	۱۵/۶۷ (۴/۱۹)	۱۹/۶۷ (۳/۶۸)	۱۹/۹۲ (۳/۷۸)
		کنترل	۱۴/۴۰ (۲/۸۵)	۱۶/۲۸ (۴/۱۹)	۱۶/۳۳ (۳/۴۸)
	کنترل خشم درونی	درمان شناختی رفتاری	۱۵/۵۳ (۴/۰۰)	۲۴/۸۷ (۵/۰۴)	۲۵/۱۵ (۵/۰۸)
		درمان فراشناختی	۱۶/۲۰ (۳/۳۸)	۲۱/۶۰ (۵/۰۳)	۲۲/۲۰ (۴/۶۳)
		کنترل	۱۵/۲۰ (۳/۷۱)	۱۶/۸۲ (۳/۵۴)	۱۶/۳۲ (۳/۷۰)

در این پژوهش به‌منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو—ویلک مربوط به شاخص‌های خشم در هر گروه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری موردبررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد شاخص شاپیرو-ویلک برای احساس خشمگینانه (p=۰/۰۴۳) در گروه درمان شناختی-رفتاری در مرحله پس‌آزمون و واکنش خشمگینانه (p=۰/۰۴۹) در گروه درمان فراشناختی در مرحله پیگیری به لحاظ آماری معنادار است. باوجوداین با توجه به سطح معناداری به‌دست‌آمده

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]
[DOI: 10.48305/21.2.361]

برای شاخص شاپیرو- ویلک آن مؤلفه‌ها، حجم نمونه برابر در گروه‌ها و مقاومت آزمون‌های آماری خانواده تحلیل واریانس در برابر انحراف از مفروضه‌ها چنین نتیجه‌گیری شد که انحراف از مفروضه شدید نبوده و بنابراین می‌توان انتظار داشت که این موضوع نتایج تحلیل را بی‌اعتبار نسازد. در ادامه برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس خطای مؤلفه‌های خشم در بین گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون در جدول ۲ ارائه شده است.

نتیجه آزمون لون در جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به هیچ‌یک از شاخص‌های خشم در گروه‌ها و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطای هر یک از مؤلفه‌های خشم در بین داده‌ها برقرار است. در این پژوهش مفروضه‌های همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته با استفاده از آماره ام باکس و شرط کرویت با استفاده از آزمون موخلی بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

منطبق بر جدول ۳ نتایج تحلیل نشان داد که ارزش شاخص آماره ام باکس برای هیچ‌یک مؤلفه‌های خشم معنادار نیست. این مطلب بیانگر برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای سطوح متغیر وابسته است. نتایج آزمون موخلی در جدول ۴ نیز نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به مؤلفه‌های خلق‌وخوی خشمگینانه (p=۰/۰۴۶)، واکنش خشمگینانه (p=۰/۰۰۸)، بروز خشم بیرونی (p=۰/۰۱۵) و کنترل خشم درونی (p=۰/۰۳۸) معنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای مؤلفه‌های یادشده برقرار نبوده و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن مؤلفه‌ها با استفاده از روش گرین هوس گایزر اصلاح شد.

جدول ۲. آزمون لوین برای آزمون همگنی واریانس‌های خطای شاخص‌های خشم

متغیر	مؤلفه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		F	P	F	P	F	P
خشم حالت	احساس خشمگینانه	۰/۱۴	۰/۸۷۹	۰/۸۲	۰/۴۴۸	۰/۲۵	۰/۷۸۳
	بروز کلامی خشم	۰/۲۳	۰/۷۹۹	۳/۰۰	۰/۰۶۰	۰/۰۴	۰/۹۶۴
	بروز فیزیکی خشم	۰/۳۸	۰/۶۸۳	۰/۰۸	۰/۹۲۲	۰/۳۹	۰/۶۸۲
خشم صفت	خلق‌وخوی خشمگینانه	۰/۴۶	۰/۶۳۶	۰/۸۲	۰/۴۴۸	۰/۴۴	۰/۶۴۵
	واکنش خشمگینانه	۰/۰۹	۰/۹۱۶	۰/۲۳	۰/۷۹۶	۰/۲۸	۰/۷۵۷
بروز خشم	بروز خشم درونی	۰/۰۲	۰/۹۸۴	۲/۶۱	۰/۰۸۶	۲/۱۷	۰/۱۲۶
	بروز خشم بیرونی	۰/۰۶	۰/۹۴۵	۰/۶۱	۰/۹۴۳	۲/۱۴	۰/۱۶۷
کنترل خشم	کنترل خشم بیرونی	۲/۱۵	۰/۱۲۹	۰/۶۹	۰/۵۰۷	۱/۸۷	۰/۱۶۷
	کنترل خشم درونی	۰/۴۵	۰/۶۴۰	۲/۳۵	۰/۱۰۷	۱/۲۹	۰/۲۸۷

جدول ۳. نتایج آزمون مفروضه‌های برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

متغیر	مؤلفه	برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها			برابری ماتریس کوواریانس خطا		
		M.Box	F	p	شاخص موخلی	χ^2	p
خشم حالت	احساس خشمگینانه	۸/۶۱	۰/۶۴	۰/۸۰۷	۰/۹۸۲	۰/۷۳	۰/۶۹۴
	بروز کلامی خشم	۱۵/۳۰	۱/۱۴	۰/۳۲۰	۰/۹۷۳	۱/۱۳	۰/۵۶۸
	بروز فیزیکی خشم	۱۵/۴۳	۱/۱۵	۰/۳۱۳	۰/۹۶۶	۱/۴۳	۰/۴۹۰
خشم صفت	خلق‌وخوی خشمگینانه	۴/۴۶	۰/۳۳	۰/۹۸۴	۰/۸۶۰	۶/۱۷	۰/۰۴۶
	واکنش خشمگینانه	۱۸/۴۲	۱/۳۷	۰/۱۷۰	۰/۷۹۸	۹/۷۰	۰/۰۰۸
بروز خشم	بروز خشم درونی	۱۷/۹۶	۱/۳۴	۰/۱۸۸	۰/۹۷۵	۱/۰۳	۰/۵۹۷
	بروز خشم بیرونی	۱۴/۸۵	۱/۱۹	۰/۲۹۳	۰/۸۱۴	۸/۴۴	۰/۰۱۵
کنترل خشم	کنترل خشم بیرونی	۱۵/۰۵	۱/۱۲	۰/۳۳۶	۰/۹۶۱	۱/۶۴	۰/۴۴۲
	کنترل خشم درونی	۱۵/۶۴	۱/۱۷	۰/۳۰۱	۰/۸۵۰	۶/۹۰	۰/۰۳۸

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]
[DOI: 10.48305/21.2.361]

جدول ٤. نتایج تحلیل واریانس مختلط در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های خشم

بعد	مؤلفه	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
خشم حالت	احساس خشمگینانه	اثر گروه	۲۸۱/۳۵	۳۶۳/۴۲	۱۶/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۶
		اثر زمان	۱۷۶/۴۰	۲۸۳/۳۳	۲۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸۴
		اثر تعاملی گروه× زمان	۲۴۵/۱۹	۵۲۰/۵۸	۹/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲۰
	بروز کلامی خشم	اثر گروه	۱۲۸/۹۳	۴۰۲/۸۰	۶/۷۲	۰/۰۰۳	۰/۲۴۲
		اثر زمان	۲۳۳/۶۱	۲۶۲/۶۰	۳۷/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۴۷۱
		اثر تعاملی گروه× زمان	۱۷۸/۳۶	۴۶۴/۴۰	۸/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷۷
	بروز فیزیکی خشم	اثر گروه	۳۶۷/۱۳	۲۹۹/۴۲	۲۵/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱
		اثر زمان	۱۹۶/۵۴	۳۰۰/۵۳	۲۷/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۵
		اثر تعاملی گروه× زمان	۰/۹۶/۳۰	۵۰۷/۳۸	۳/۹۹	۰/۰۰۵	۰/۱۶۰
خشم صفت	خلق‌وخوی خشمگینانه	اثر گروه	۶۲/۵۳	۲۲۴/۵۳	۵/۸۵	۰/۰۰۶	۰/۲۱۸
		اثر زمان	۱۶/۰۴	۱۸۶/۵۳	۳/۶۱	۰/۰۶۴	۰/۰۷۹
		اثر تعاملی گروه× زمان	۲۴/۴۹	۲۷۱/۶۰	۱/۸۹	۰/۱۲۹	۰/۰۸۳
	واکنش خشمگینانه	اثر گروه	۲۴۹/۷۹	۵۵۶/۷۶	۹/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱۰
		اثر زمان	۲۳/۵۱	۴۸۳/۵۳	۲/۰۴	۰/۱۶۰	۰/۰۴۶
		اثر تعاملی گروه× زمان	۷۶/۷۹	۷۶۵/۶۴	۲/۱۱	۰/۱۰۱	۰/۰۹۱
بروز خشم	بروز خشم درونی	اثر گروه	۷۵۲/۰۶	۸۸۵/۱۶	۱۷/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
		اثر زمان	۴۶۲/۴۰	۸۸۰/۸۰	۲۲/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴۴
		اثر تعاملی گروه× زمان	۵۷۷/۸۵	۱۴۸۲/۵۸	۸/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸۰
	بروز خشم بیرونی	اثر گروه	۲۹۹/۳۹	۷۵۶/۵۳	۸/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۲۸۴
		اثر زمان	۳۸۸/۵۴	۶۴۵/۶۰	۲۵/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷۶
		اثر تعاملی گروه× زمان	۲۷۹/۲۳	۱۰۴۴/۰۰	۵/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۲۱۱
کنترل خشم	کنترل خشم بیرونی	اثر گروه	۶۷۷/۸۸	۸۴۴/۸۹	۱۶/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۴۵
		اثر زمان	۵۸۲/۶۸	۵۲۹/۴۰	۴۶/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴
		اثر تعاملی گروه× زمان	۲۹۳/۵۴	۱۱۵۱/۲۴	۵/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۲۰۹
	کنترل خشم درونی	اثر گروه	۵۰۴۲۱/۵۵	۸۶۶/۴۴	۱۸/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۹
		اثر زمان	۷۰۰/۰۱	۹۱۰/۶۷	۳۲/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵
		اثر تعاملی گروه× زمان	۹۱۵/۹۲	۱۴۴۴/۶۲	۴/۸۱	۰/۰۰۲	۰/۱۸۶

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها برای مؤلفه‌های خشم

بعد	مؤلفه	زمان ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
خشم حالت	احساس خشمگینانه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۸۹	۰/۵۴	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۸۰	۰/۵۵	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	−۱/۰۹	۰/۴۹	۰/۰۹۵
	بروز کلامی خشم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۰۴	۰/۵۰	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۲۲	۰/۵۳	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۸۲	۰/۴۶	۰/۲۳۶
	بروز فیزیکی خشم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۸۰	۰/۴۹	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۹۶	۰/۵۶	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۶	۰/۵۰	۱/۰۰
بروز خشم	بروز خشم درونی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۷۸	۰/۹۷	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۵۳	۰/۹۷	۰/۰۰۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]
[DOI: 10.48305/21.2.361]

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها برای مؤلفه‌های خشم

بعد	مؤلفه	زمان ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
کنترل خشم	بروز خشم بیرونی	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۴	۰/۶۹	۱/۰۰
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۶۲	۰/۸۱	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۱۶	۰/۸۳	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۷	۰/۵۶	۱/۰۰
	کنترل خشم بیرونی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۱۶	۰/۷۳	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۵/۰۹	۰/۷۵	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۷	۰/۸۵	۱/۰۰
	کنترل خشم درونی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۴۷	۰/۹۳	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۵/۵۸	۰/۹۸	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۱	۰/۶۹	۱/۰۰
بعد	مؤلفه	تفاوت گروه ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
خشم حالت	احساس خشمگینانه	درمان شناختی رفتاری	درمان فراشناختی	-۱/۶۴	۰/۶۲	۰/۰۳۴
		درمان شناختی رفتاری	کنترل	-۳/۵۳	۰/۶۲	۰/۰۰۱
		درمان فراشناختی	کنترل	-۱/۸۹	۰/۶۲	۰/۰۱۲
	بروز کلامی خشم	درمان شناختی رفتاری	درمان فراشناختی	-۰/۴۷	۰/۶۵	۱/۰۰
		درمان شناختی رفتاری	کنترل	-۲/۲۷	۰/۶۵	۰/۰۰۴
		درمان فراشناختی	کنترل	-۱/۸۰	۰/۶۵	۰/۰۲۶
	بروز فیزیکی خشم	درمان شناختی رفتاری	درمان فراشناختی	-۱/۶۹	۰/۵۶	۰/۰۱۴
		درمان شناختی رفتاری	کنترل	-۴/۰۲	۰/۵۶	۰/۰۰۱
		درمان فراشناختی	کنترل	-۲/۳۳	۰/۵۶	۰/۰۰۱
بروز خشم	بروز خشم درونی	درمان شناختی رفتاری	درمان فراشناختی	-۲/۷۱	۰/۹۷	۰/۰۲۳
		درمان شناختی رفتاری	کنترل	-۵/۷۸	۰/۹۷	۰/۰۰۱
		درمان فراشناختی	کنترل	-۳/۰۷	۰/۹۷	۰/۰۰۹
	بروز خشم بیرونی	درمان شناختی رفتاری	درمان فراشناختی	۰/۵۶	۰/۹۰	۱/۰۰
		درمان شناختی رفتاری	کنترل	-۲/۸۴	۰/۹۰	۰/۰۰۸
		درمان فراشناختی	کنترل	-۳/۴۰	۰/۹۰	۰/۰۰۱
کنترل خشم	کنترل خشم بیرونی	درمان شناختی رفتاری	درمان فراشناختی	۲/۷۳	۰/۹۵	۰/۰۱۸
		درمان شناختی رفتاری	کنترل	۵/۴۹	۰/۹۵	۰/۰۰۱
		درمان فراشناختی	کنترل	۲/۷۶	۰/۹۵	۰/۰۱۷
	کنترل خشم درونی	درمان شناختی رفتاری	درمان فراشناختی	۱/۸۴	۰/۹۶	۰/۱۸۳
		درمان شناختی رفتاری	کنترل	۵/۷۱	۰/۹۶	۰/۰۰۱
		درمان فراشناختی	کنترل	۳/۸۷	۰/۹۶	۰/۰۰۱

جدول ۴ نشان می‌دهد که علاوه بر اثر زمان و اثر گروه، اثر تعاملی گروه× زمان برای مؤلفه‌های خشم حالت، بروز خشم و کنترل خشم معنادار و بر مؤلفه‌های خشم صفت غیرمعنادار بود. به منظور تعیین جهت تفاوت اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های خشم، آزمون بن‌فرونی به کار گرفته شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. لازم به توضیح است با توجه به عدم معناداری اثر تعاملی گروه× زمان برای مؤلفه‌های خلق‌وخوی خشمگینانه و واکنش خشمگینانه چنین نتیجه‌گیری شد که اجرای متغیرهای مستقل اثر معناداری بر آن دو مؤلفه خشم صفت ندارد و به همین دلیل نتایج آزمون بن‌فرونی مربوط به آن دو مؤلفه در جدول ۵ ارائه نشده است.

نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌های مربوط به خشم حالت، بروز خشم و کنترل خشم در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]
[DOI: 10.48305/21.2.361]

پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس‌آزمون-پیگیری غیرمعنادار است (جدول شماره ۵). همچنین، نتایج آزمون بن‌فرونی در مقایسه اثرات گروه نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌های مربوط به خشم حالت و بروز خشم در دو گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش و میانگین مؤلفه‌های مربوط به کنترل خشم در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است. براین اساس می‌توان گفت هر دو شیوه درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی خشم حالت و بروز خشم را در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی کاهش و کنترل خشم را در آنان افزایش می‌دهد. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان فراشناختی مؤلفه‌های احساس خشمگینانه (p=۰/۰۳۴)، بروز فیزیکی خشم (p=۰/۰۱۴) و بروز خشم درونی (p=۰/۰۲۳) را در شرکت کنندگان بیشتر کاهش داده و این شیوه درمان در مقایسه با درمان فراشناختی مؤلفه کنترل خشم بیرونی (p=۰/۰۱۸) را در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی به صورت معناداری بیشتر افزایش داده است. براین اساس چنین نتیجه‌گیری شد که درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان فراشناختی روش مؤثرتری برای کاهش احساس خشمگینانه، بروز فیزیکی خشم و بروز خشم درونی و افزایش کنترل خشم بیرونی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی بر شاخص‌های خشم در مبتلایان به اختلالات اضطرابی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری موجب بهبود هر یک از شاخص‌های خشم در آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون شده است و بین نمرات متغیرهای وابسته افراد دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل مختلف سنجش تفاوت معناداری وجود دارد. یافته حاضر در راستای نتایج مطالعات پیشین مانند اشمیدت و همکاران (۳۵)، اکیتلای و اوزگور (۳۶) و تی برینک و همکاران (۳۷) است. اونوبیکو (۳۸) نیز همسو با یافته حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش خشم در گروهی از مبتلایان به اضطراب سودمند بوده است.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش خشم می‌توان بیان کرد که خشم عموماً از تنش عضلانی و برانگیختگی سیستم عصبی خودمختار و فعالیت غدد درون‌ریز و باورهای غیرمنطقی درباره خود و دیگران ناشی می‌شود و این رویکرد درمانی از طریق کاهش افکار خودآیند منفی و کاهش استفاده از تحریفات شناختی و افزایش استفاده از درک عینی از رویدادها و منطق درست و کارآمد و استفاده از تکنیک‌های رفتاری باعث کاهش میزان خشم در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی می‌شود. همچنین، در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کنترل درون‌ریزی و برون‌ریزی خشم می‌توان گفت که این رویکرد مداخلاتی با استفاده از تکنیک‌های رفتاری و مواجهه‌ای و شناسایی افکار خودآیند منفی، کاهش تحریفات شناختی و افزایش استفاده از مدل A-B-C و درک عینی از رویدادها و منطق صحیح باعث بهتر شدن نمرات گروه آزمایش در میزان کنترل درون‌ریزی و برون‌ریزی خشم شده است. در حالی‌که به نظر می‌رسد این مطالعه اولین پیشینه مطالعاتی در زمینه کاهش خشم و ابعاد آن در افراد درگیر با نشانگان اضطرابی در ایران باشد برای درک بهتر مکانیسم اثر این مداخله به مطالعات بیشتری نیاز است.

در تبیینی دیگر می‌توان افزود که ابتلای به اختلالات اضطرابی، افراد مبتلا به اضطراب را با یک سری محرک‌های تنش‌زا مواجه می‌سازد که می‌تواند تمام جوانب زندگی فرد را به مخاطره بیاندازد. این قبیل افراد از جامعه کناره گیری می‌کنند، ممکن است از خانواده و دوستان خود روی برگردانده و به کلی از کارشان دست بکشند، مدام دعوا و مرافعه راه بیاندازند و یا ممکن است منزوی و گوشه‌گیر شوند. این قبیل بیماران با احساساتی از قبیل خشم، درماندگی، ناامیدی، ناکامی، انزوا و روحیه ضعیف روبه‌رو هستند. این افراد در پاسخ به عوامل استرس‌زا خشم بیشتر و شدیدتری نشان می‌دهند اما اغلب با خشم خود مقابله یا آن را سرکوب می‌کنند؛ بنابراین، در درمان شناختی-رفتاری افکار منفی بیماران بازگو شده و هیجانات منفی ناشی از آن نیز تخلیه می‌شوند و بدین وسیله زمینه تفکرات مثبت فراهم و مدیریت هیجان منفی از جمله خشم امکان‌پذیر می‌شود و به دنبال کنترل تفکرات منفی و حل و فصل آن و کاهش هیجانات منفی، خشم نیز کاهش یافته و احساس آرامش نیز برای آن‌ها فراهم می‌شود.

دیگر یافته پژوهش حاضر همسو با نتایج مطالعه فویولادایو همکاران (۳۹)، لو و همکاران (۴۰) و کوکلا و همکاران (۴۱)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]
[DOI: 10.48305/21.2.361]

نشـان داد کـه درمـان فراشـناختی موجـب بهبـود هـر یـک از شاخص‌های خشم در آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در مراحـل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون شـده اسـت و بین نمرات متغیرهای وابسته افراد دو گروه آزمایش و کنتـرل در مراحل مختلف سنجش تفاوت معناداری وجود دارد. این یافتـه را با استناد به این نکته که فراشناخت نیازمند ذهن‌آگـاهی اسـت و ذهن‌آگاهی اساس ایگوی انسجام یافته و توانـا جهـت مـدیریت هیجانات منفی و کنترل خشم است، تبیین و توجیـه کـرد. ایـن درمـان بـا آمـوزش ذهـن‌آگـاهی و افـزایش شـناخت در مـورد فرایندهای روانی خویشتن و درک آن توانست به بهبود مـدیریت خود و هیجانات در افراد مضطرب کمک کند. درمان فراشناختی، درمانی است که تأکید بر خودآگاهی هیجانی دارد و معتقد اسـت افراد می‌توانند بسیاری از شـناخت‌هـا، افکـار و حتـی محتویـات ناخودآگاه را به صورت خودآگـاه دربیاورنـد، از ایـن‌رو مـی‌توانـد درمان مناسبی برای اثربخشی بر روی قدرت ایگوی و مـدیریت هیجانی در تنظیم انگیزه‌ها، تکانه‌ها و سازگاری با محـیط اشـاره دارد. براین اساس دیدگاه‌های روانکاونه، در یک ذهن سالم و بـا یک عملکرد مناسب، در بین نهاد، خود و فراخود هماهنگی وجود دارد و قدرت ایگو در حفظ این تعادل هیجانی در مسیر دسـتیابی به پیشرفت نقش مهمی دارد. افراد دارای قدرت خودکنترلی بالا، تعارضات بین‌فردی را راحت‌تر می‌پذیرنـد، بـه فردیـت دیگـران احترام می‌گذارند و کمتر در برابر تفاوت‌های دیگران با خودشـان حالت تهاجمی دارند. از طرفی احسـاس خودبسـندگی در حیطـه شخصی و اجتمـاعی در روبـه‌رو شـدن بـا عوامـل اسـترس‌زای محیطی و تحمل استرس بدون تجربـه اضـطراب فلج‌کننـده از پیامدهای خودکنترلی و مدیریت هیجانات اسـت. در ایـن راسـتا، درمان فراشناختی از طریق شناخت درباره شناخت به افراد مبـتلا به نشانگان اضطرابی کمک می‌کند تـا بـا کمـک ذهـن‌آگـاهی نسبت به واقعیت‌های تحریف شده آگاهی پیدا کنند. افرادی کـه دچار اختلال اضـطرابی هسـتند مـدیریت هیجانـات بـه واسـطه ادراک تمایزیافتـه فـرد از خویشـتن، جهـان اجتمـاعی و رابطـه احساسات و افکار وی بـا احساسـات و افکـار دیگـران در آن‌هـا شکل نگرفته، زیرا براساس نظریه‌های معطوف بـه روانپویشـی، آن‌ها همیشه تلاش کرده‌اند که بـا اضـطراب و خشـم ناشـی از ابتلای به اضطراب مقابله کنند و هیچ تلاشی در جهت شـناخت افکار و احساسات خود، دیگران، جهان اجتماعی و پیرامون خـود نمی‌کنند، درمان فراشـناختی بـه ایـن افـراد کمـک کـرد تـا بـا اضطراب و خشـم خـود مواجـه شـوند و بـا قضـاوت و ارزیـابی اضطراب خود سبب تحول در مدیریت عواطـف و کنتـرل خشـم خود شوند.

همچنین، این نتیجـه را مـی‌تـوان بـا توجـه بـه دو راهبـرد هیجان‌مدار و مسأله‌مدار لازاروس برای مقابله تبیین کرد. درمان فراشناختی به افـراد مضـطرب کمـک مـی‌کنـد تـا راهبردهـای مسأله‌مدار را جایگزین راهبردهای هیجان‌مدار بکنند، زیرا راهبرد مسأله‌مدار باعث استفاده بهتر و بهـره‌وری بهتـر فـرد مبـتلا بـه اختلال اضطرابی از هیجانات خود می‌شود و آن‌ها با یک ارزیابی مجدد نسبت به کشاکش‌های بیرونی که سبب افزایش اضطراب و خشم در آن‌ها می‌شود، اضطراب خود را مدیریت کرده و اجـازه نمی‌دهند که میزان اضطراب و خشم آن‌ها از سطح معیـار قراتـر رود تا به عملکردشان در زندگی روزمره آسیب برساند؛ بنـابراین، درمان فراشناختی به این بیماران کمک می‌کند تا بـا اعتمـاد بـه خود و آگاهی بیشتری هیجانات خود را در موقعیت‌های تنش‌زای زندگی شناسایی کنند و با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت، میزان اضطراب در خودشان را مهار کنند و ظاهراً بدین سبب این درمان باعث بهبود خودتنظیمی هیجانی و به دنبال آن کنتـرل و مهار خشم مبتلایان به اضطراب شده است.

یافته آخر مطالعـه حاضـر نشـان داد کـه درمـان شـناختی-رفتاری بر بهبود شـاخص‌هـای خشـم مبتلایـان بـه اخـتلالات اضطرابی اثربخش‌تر از درمان فراشناختی بـوده اسـت. در تبیـین سودمندی بیشتر درمان شناختی-رفتاری کـه در راسـتای نتـایج مطالعـات محققـانی ماننـد کلـین و همکـاران (۴۲) و مـوریتز و همکاران (۴۳) است، می‌تـوان گفـت در ایـن شـیوه مـداخلاتی درمانگر برای چالش با بیش بـرآورد خطـر، از تکنیـک محاسـبه احتمال عواقب خطرناک و برای چالش با کنترل هیجانات منفـی مانند خشم از تکنیک‌های سود و زیان، روش تحقیق و آزمـایش رفتاری استفاده کرد. درباره نیاز به مدیریت خشم، درمانگر ابتدا با استفاده از تکنیک فلش رو به پایین، پیش فرض‌های بیمـار کـه منجر به نیاز او به کنترل هیجانات می‌گردد را استخراج می‌کند و سپس، با این پیش فرض‌ها چالش می‌نماید. بـه نظـر مـی‌رسـد چالش با تحریف‌های شناختی فرد مبتلا به اختلالات اضـطرابی باعث کاهش نیاز او به کنترل خشـم مـی‌شـود. تبیـین دیگـر از کارآیی بیشتر درمان شـناختی-رفتـاری در بهبـود شـاخص‌هـای خشم در انجام تکالیف مربـوط مـی‌شـود. درمـان فراشـناختی از طریق ایجاد تغییر در توجه غیرمنعطف و متمرکز بر خـود، تغییـر در سبک تکراری نشخوار و نگرانی، راهبردهای تـوجهی پـایش تهدید، رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد و باورهای فراشناختی تنظـیم

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]
[DOI: 10.48305/21.2.361]

کننده این فرایندها به درمان بیماران مضطرب می‌پردازد، بنابراین، اولین قدم در درمان مبتلایان به اختلالات اضطرابی هدایت آن‌ها برای یک جهت‌گیری فراشناختی و کنارگذاشتن سبک عینی است. در همین راستا از تمرینات مداوم ذهن آگاهی و رویارویی و انجام پاسخ استفاده می‌شود.

همچنین، می‌توان بیان نمود به این دلیل درمان شناختی–رفتاری نسبت به درمان فراشناختی در سودمندی بر شاخص‌های خشم برتری دارد که جمعیت مورد مطالعه مبتلایان به اختلالات اضطرابی بوده‌اند. مطالعه این افراد از این جهت اهمیت دارد که نشانه‌های پیش‌بالینی هم رایج و هم منجر به مختل شدن عملکرد می‌شود و همچنین، مطالعه آن‌ها می‌تواند نشان دهد که آیا نشانه‌های بالینی به لحاظ کیفی از نشانه‌های پیش‌بالینی متمایز هستند و یا تنها به لحاظ کمی متفاوت هستند. مطالعات پیشین بارها نشان داده‌اند که درمان شناختی–رفتاری در افراد با نشانه‌های پیش‌بالینی و بالینی مانند مشکلات خلقی یا اضطرابی اثربخشی بالایی داشته است. علت دیگر این برتری را می‌توان در وجود فعال‌سازی رفتاری در پروتکل درمان شناختی–رفتاری دید. فعال‌سازی رفتاری یکی از درمان‌های اختصاصی و مؤثر دارای حمایت تجربی است، مانند درمان شناختی–رفتاری برای افسردگی. این درمان مانند شناخت درمانی کلاسیک تنها به عوامل درونی مشکلات اضطرابی و خلقی مانند افکار خودآیند شخصی یا مسائل درونی توجه نمی‌کند، بلکه روی تمام فرایند رخداد و متغیرهایی متمرکز است که ممکن است در اثر بروز پاسخ‌های غیرمستقیم به وجود آید که هم شامل رفتار آشکار و هم فرایندهای شناختی پنهان می‌شود. این بافت‌گرایی، روی‌آوردی عملگرا را در پیش می‌گیرد، پاسخ‌های غیرکمک کننده را پیش بینی می‌کند و از آن‌ها جلوگیری می‌کند و از طریق تقویت کننده‌های متعدد به مراجعان این امکان را می‌دهد تا به اهداف خود که همان کنترل خشم و ابراز صحیح این هیجان است، دست یابند.

هر طرح پژوهشی دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است و میزان درستی در تفسیر نتایج باید در پرتو این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ابتلای جمعیت مطالعه به نوع خاصی از مشکلات بهداشت روان (اختلالات اضطرابی) و استفاده از ابزارهای خودگزارشی جهت گردآوری اطلاعات و همچنین، شیوه نمونه گیری به شکل غیرتصادفی و در دسترس اشاره کرد. لذا پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های با حجم بزرگ‌تر و ابتلای به سایر اختلالات اضطرابی استفاده و دوره پیگیری طولانی‌تری نیز لحاظ شود و تأثیر این رویکردهای مداخلاتی با برنامه‌های انفرادی و گروهی مقایسه گردد. همچنین، برای گردآوری اطلاعات در کنار پرسش‌نامه از شیوه مصاحبه نیز استفاده شد. با توجه به نتایج به‌دست آمده، پیشنهاد می‌گردد یک راهنمای آموزشی ویژه برای مدیریت هیجانات و مدیریت خشم تهیه و اعتبار آن نیز تعیین گردد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسند اول مقاله است. بدین‌وسیله از از تمامی بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و نیز مسئولین مراکز تخصصی روان‌شناختی شهر تهران که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، تشکر به عمل می‌آید.

References

1. Torres-Granados GI, Santana-Miranda R, Barrera-Medina A, Cruz-Cruz C, Jimenez-Correa U, Rosenthal L, Lopez-Naranjo F, Martinez-Nunez JM. The economic costs of insomnia comorbid with depression and anxiety disorders: an observational study at a sleep clinic in Mexico. Sleep and Biological Rhythms 2023; 21(1):23-31.
2. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, Golden N, Guarda A, Jackson-Triche M, Manzo L, Mascolo M. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. American Journal of Psychiatry 2023; 180(2):167-71.
3. Prasetya EC, Lestari RD, Mahyuddin MH, Haniifah U, Atsira O. The Psychodynamic Overview of Generalized Anxiety Disorder in Young Adults. Medical and Health Science Journal 2023; 7(01):46-53.
4. Aune T, Beidel DC, Nordahl HM. Is There any Difference Between DSM-5 performance-only Specifier and Social Anxiety Disorder? Results from the Young-HUNT3 Study. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2023 Jun 7:1-5.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]
[DOI: 10.48305/21.2.361]

5. Andersen K, Nielsen B, Hesse M, Mejldal A, Bilberg R, Nielsen AS. Screening of coexisting depression or anxiety disorders among Danish patients with alcohol use disorder in outpatient treatment. Nordic Journal of Psychiatry 2023 Apr 21:1-9.
6. Weiss F, Tidona S, Carli M, Perugi G, Scarselli M. Triple Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Coexisting Bipolar and Alcohol Use Disorders: Clinical Aspects and Pharmacological Treatments. Current Neuropharmacology 2023; 21(7):1467-76.
7. Ergisi M, Erridge S, Harris M, Kawka M, Nimalan D, Salazar O, Loupasaki K, Ali R, Holvey C, Coomber R, Platt M. UK Medical Cannabis Registry: an analysis of clinical outcomes of medicinal cannabis therapy for generalized anxiety disorder. Expert review of clinical pharmacology 2022; 15(4):487-95.
8. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders–republished article. Behavior therapy 2016; 47(6):838-53.
9. Eres R, Lim MH, Bates G. Loneliness and social anxiety in young adults: The moderating and mediating roles of emotion dysregulation, depression and social isolation risk. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice 2023 Apr 25.
10. Helland SS, Baardstu S, Kjøbli J, Aalberg M, Neumer SP. Exploring the mechanisms in cognitive behavioural therapy for anxious children: Does change in emotion regulation explain treatment effect?. Prevention Science 2023; 24(2):214-25.
11. Dyer ML, Attwood AS, Penton-Voak IS, Munafò MR. The role of state and trait anxiety in the processing of facial expressions of emotion. Royal Society open science 2022; 9(1):210056.
12. Tetik D, Gica S, Bestepe EE, Buyukavsar A, Gulec H. Emotional information processing and assessment of cognitive functions in social anxiety disorder: an event-related potential study. Clinical EEG and Neuroscience 2022; 53(2):104-13.
13. Gavrilova L, Zawadzki MJ. Testing the associations between state and trait anxiety, anger, sadness, and ambulatory blood pressure and whether race impacts these relationships. Annals of Behavioral Medicine 2023; 57(1):38-49.
14. Lin IM, Lin PY, Fan SY. The effects of heart rate variability (HRV) biofeedback on HRV reactivity and recovery during and after anger recall task for patients with coronary artery disease. Applied Psychophysiology and Biofeedback 2022; 47(2):131-42.
15. Rutter LA, Scheuer L, Vahia IV, Forester BP, Smoller JW, Germine L. Emotion sensitivity and self-reported symptoms of generalized anxiety disorder across the lifespan: A population-based sample approach. Brain and behavior 2019; 9(6):e01282.
16. Goodman FR, Kashdan TB, İmamoğlu A. Valuing emotional control in social anxiety disorder: A multimethod study of emotion beliefs and emotion regulation. Emotion 2021; 21(4):842.
17. Conrad R, Forstner AJ, Chung ML, Mücke M, Geiser F, Schumacher J, Carnehl F. Significance of anger suppression and preoccupied attachment in social anxiety disorder: a cross-sectional study. BMC psychiatry 2021; 21:1-9.
18. Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV, Lund C, Cuijpers P, Bantjes J, Sartorius N, Maj M. Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: paradigm shifts versus incremental integration. World Psychiatry 2022; 21(3):393-414.
19. Hoge EA, Bui E, Mete M, Dutton MA, Baker AW, Simon NM. Mindfulness-based stress reduction vs escitalopram for the treatment of adults with anxiety disorders: a randomized clinical trial. JAMA psychiatry 2023; 80(1):13-21.
20. Singewald N, Sartori SB, Reif A, Holmes A. Alleviating anxiety and taming trauma: Novel pharmacotherapeutics for anxiety disorders and posttraumatic stress disorder. Neuropharmacology 2023 Jan 6:109418.
21. Dickson SJ, Kuhnert RL, Lavell CH, Rapee RM. Impact of psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders on global and domain-specific functioning: A systematic review and meta-analysis. Clinical Child and Family Psychology Review 2022; 25(4):720-36.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]
[DOI: 10.48305/21.2.361]

22. Bjaastad JF, Gjestad R, Fjermestad K, Öst LG, Haugland BS, Kodal A, Heiervang ER, Wergeland GJ. Adherence, Competence, and Alliance as Predictors of Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Youth Anxiety Disorders. Research on Child and Adolescent Psychopathology 2023 Jan 24:1-3.

23. Guzick AG, Schneider SC, Garcia AB, Kook M, Greenberg RL, Riddle D, McNeel M, Rodriguez-Barajas S, Yang M, Upshaw B, Storch EA. Development and pilot testing of internet-delivered, family-based cognitive behavioral therapy for anxiety and obsessive-compulsive disorders in autistic youth. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders 2023; 37:100789.

24. Simon L, Steinmetz L, Feige B, Benz F, Spiegelhalder K, Baumeister H. Comparative efficacy of onsite, digital, and other settings for cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review and network meta-analysis. Scientific Report 2023; 13(1):1929.

25. Silberg T, Kapil N, Caven I, Levac D, Fehlings D. Cognitive behavioral therapies for individuals with cerebral palsy: A scoping review. Developmental Medicine & Child Neurology 2023 Feb 1.

26. Wells A, Fisher P. treating Depression: MCT, CBT, and Third Wave Therapies. 1st. Translated by Hossein Farrokhi and Sayeda Fatima Adalatian Hosseini. Tehran: Arjamand Publication. [In Persian]

27. Melchior K, van der Heiden C, Deen M, Mayer B, Franken IH. The effectiveness of metacognitive therapy in comparison to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders 2023 Jan 1;36:100780.

28. Wells A, Reeves D, Heal C, Fisher P, Doherty P, Davies L, Heagerty A, Capobianco L. Metacognitive therapy home-based self-help for anxiety and depression in cardiovascular disease patients in the UK: A single-blind randomised controlled trial. PLoS medicine 2023; 20(1):e1004161.

29. Brown RL, Wood A, Carter JD, Kannis-Dymand L. The metacognitive model of post-traumatic stress disorder and metacognitive therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review. Clinical Psychology & Psychotherapy 2022; 29(1):131-46.

30. Delawar, A. research methods in educational and psychological. (5th edition). Tehran: Edition Publications 2023. [In Persian]

31. Leahy RL, Holland SJF, McGinn LK. Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders (Treatment Plans and Interventions for Evidence-Based Psychotherapy). Translated by Mehdi Akbari and Masoud Cheiniforoshan. Tehran: Arajmand Publications 2023. [In Persian]

32. Spielberger CD. Theory and research on anxiety In: CD Spielberger. Anxiety and behavior 1966:3-21.

33. Asghari Moghaddam MA, Moghaddasin M, Dibajnia P. The Reliability and Criterion Validity of a Farsi Version of the State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) in a Clinical Sample. Biannual Journal of Clinical Psycho;ogy & Personality 2011; 9(2):75-94. [In Persian]

34. Nikdel F, Javedanian S. aggressive cognitive scripts, anger control methods and sexual satisfaction with tendency of men to violence against their women. Social Psychology Research 2019; 9(33):35-52. [In Persian]

35. Schmidt KES, de Quadros AS, Eibel B, Aires AM, Gottschall CAM, Moura MRS, et al. The Influence of cognitive behavioral intervention for anger management on endothelial function in patients with recent myocardial infarction: A Randomized clinical trial. Psychosomatic Medicine 2022; 84(2):224-230.

36. Ekitli GB, Özgür G. Effects of a cognitive-behavioral–integrated musical rhythms intervention on anger: a randomized, single-blind factorial trial. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 2022; 60(4):28-38.

37. Te Brinke LW, Schuiringa HD, Menting A, Deković M, Westera JJ, De Castro BO. Treatment approach and sequence effects in cognitive behavioral therapy targeting emotion regulation among

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]
[DOI: 10.48305/21.2.361]

adolescents with externalizing problems and intellectual disabilities. Cognitive Therapy and Research 2022; 1-17.
38. Onwubiko EC. Managing anger among student-librarians using aggression replacement training and cognitive behavioral therapy. Library Philosophy & Practice 2022.
39. Fouladi A, Khademi A, Shaker Dioulagh A. The effectiveness of compassion therapy and meta-cognitive therapy on the level of nurses' meta-emotion. Journal of Research in Psychopathology 2023; 4(11):23-32.
40. Love S, Kannis-Dymand L, Davey J, Freeman J. Metacognition, rumination and road rage: an examination of driver anger progression and expression in Australia. Transportation research part F: traffic psychology and behaviour 2022; 84, 21-32.
41. Kukla M, Arellano-Bravo C, Lysaker PH. "I'd Be A completely different person if I Hadn't Gone to Therapy": A qualitative study of metacognitive therapy and recovery outcomes in adults with schizophrenia. Psychiatry 2023; 85(3):259-269.
42. Klein JP, Dale R, Glanert S, Grave U, Surig S, Zurowski B, et al. Does childhood emotional abuse moderate the effect of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus meta-cognitive therapy in depression? A propensity score analysis on an observational study. Journal of Affective Disorders 2022; 300, 71-75.
43. Moritz S, Klein JP, Lysaker PH, Mehl S. Metacognitive and cognitive-behavioral interventions for psychosis: new developments. Dialogues in clinical neuroscience 2022.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.2.13.6]
[DOI: 10.48305/21.2.361]