رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۲، شماره پیاپی ۹۳، اسفند ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(12), 2024

اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی آنلاین هیمبرگ بر نشخوار خشم و ناگویی هیجانی در دانش‌آموزان پسر ۱۲ ساله دارای علائم افسردگی

The effectiveness of cognitive behavioral therapy based on the Heimberg's online model on rumination of anger and emotional Alexithymia in 12-year-old male students with depressive symptoms

فاطمه ماسوری
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
دکتر فرزانه بیات (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، واحد اندیمشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران.

Fatemeh Masoori
M.A. student in Educational Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Dr. Farzaneh Bayat*
Assistant Professor, Department of Psychology, Andimeshk Branch, Islamic Azad University, Andimeshk, Iran.
frzbayat@gmail.com

چکیده
هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی آنلاین هیمبرگ بر نشخوار خشم و ناگویی هیجانی در دانش‌آموزان پسر ۱۲ ساله دارای علائم افسردگی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دارای نشانه‌های افسردگی ششم ابتدایی شهرستان رباط‌کریم به تعداد ۷۰۰ نفر در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. که از بین آنان تعداد نفر، ۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ در گروه آزمایش از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه جایگذاری شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها نشخوار خشم سوخودولسکی و همکاران (ARS، ۲۰۰۱) و ناگویی هیجانی تورنتو (TAS، ۲۰۰۷) و پروتکل شناختی رفتاری آنلاین هیمبرگ و بکر (۲۰۰۲ و ۲۰۱۰) طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت آنلاین استفاده شد. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین پس‌آزمون نشخوار خشم و ناگویی هیجان در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود داشت. (P<۰/۰۱). علاوه بر این نتایج نشان داد که این مداخله توانسته تأثیر خود را در طول زمان نیز به شکل معناداری حفظ نماید (P<۰/۰۱). درنتیجه درمان شناختی رفتاری با بهره‌گیری از فنونی همانند گواه افکار و احساسات و هیجانات می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر برای کاهش نشخوار خشم و ناگویی هیجانی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *درمان شناختی رفتاری، الگوی آنلاین هیمبرگ، ناگویی هیجانی، نشخوار خشم، افسردگی.*

Abstract
The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive behavioral therapy based on the online Heimberg model on anger rumination and Alexithymia in 12-year-old male students with depressive symptoms. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and a follow-up period. The statistical population of the present study included all male students with symptoms of depression in the sixth grade of Rabat Karim city, 700 people in the academic year 2021-2022. Among them, 15 people in the control group and 15 in the experimental group were selected through the purposeful sampling method and randomly placed in two groups. To collect data, Sukhdolsky et al.'s Anger Rumination (ARS, 2001) and Toronto Alexithymia (TAS, 2007), and Himberg and Becker's (2002 and 2010) online cognitive behavioral protocol were used during 12 90-minute sessions online. Analysis of variance with repeated measurements was used to analyze the data. The findings of the research showed that there was a significant difference between the post-test mean of anger rumination and emotion dyslexia in the experimental and control groups. (P<0.01). In addition, the results showed that this intervention was able to maintain its effect significantly over time (P<0.01). As a result, cognitive behavioral therapy using techniques such as evidence of thoughts, feelings, and emotions can be used as an effective approach to reduce anger rumination, and Alexithymia.

Keywords: *Cognitive Behavioral Therapy, Heimberg's Online Model, Alexithymia, Anger Rumination, Depression.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : مرداد ۱۴۰۲** **پذیرش: آبان ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

مقدمه

نوجوانی به دلیل هم‌زمانی با بلوغ جسمانی و روانی با تغییرات فیزیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی، یکی از دوره‌های مهم بروز اختلالات مختلف روان‌شناختی و روان‌پزشکی است (الزوادی[1] و همکاران، ۲۰۲۱). در این بین یکی از شایع‌ترین اختلال‌های دوره نوجوانی افسردگی است (کوروزاک[2] و همکاران، ۲۰۲۳) که نوعی اختلال خلق یا اختلال عاطفی در نظر گرفته می‌شود و ویژگی اصلی آن غم شدید، دوری‌جویی از دیگران و احساس بی‌فایدگی و بی‌ارزشی است. افسردگی اساسی، اختلال روانی ناتوان‌کننده‌ای محسوب می‌شود که با میزان شیوع ۱۷ درصد به عنوان شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی مطرح شده است (بینس و ابدیجدید[3]، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند بین ۱۰ تا ۱۵ درصد از کودکان و نوجوانان در هر زمانی برخی از حالات خلق افسرده را تجربه می‌کنند (پاکستون[4] و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهش شکیبایی و اسماعیلی (۱۳۹۳) شیوع افسردگی در دختران ۱۱ تا ۱۶ ساله اصفهان ۲۴/۲ درصد و در دانش‌آموزان پسر ۱۹/۸ درصد و در کل ۲۲ درصد بود. برخی از مهم‌ترین نشانه‌های رایج افسردگی در نوجوانان عبارت‌اند از: بی‌انگیزگی و کاهش علاقه، احساس بی‌ارزشی و گناه، تغییرات چشمگیر در وزن، اشتها و خواب (افزایش یا کاهش)، بی‌علاقگی به حضور در مدرسه یا کاهش کارایی در مدرسه، گوشه‌گیری و کناره‌گیری از دوستان یا اعضای خانواده، عصبانیت/ طغیان ناگهانی، بی‌قراری یا اضطراب عمومی، فکرکردن به خودکشی یا بیان آن (هارینگتن[5]، ۱۹۸۵، به نقل از یزدانی و همکاران، ۱۳۹۶).

یکی از عوامل شناختی که می‌تواند موجب تداوم افسردگی شود، نشخوار خشم است. نشخوار خشم با تمام مؤلفه‌های پرخاشگری رابطه مثبت دارد به‌طوری‌که افزایش نمرات در نشخوار خشم می‌تواند پرخاشگری بیشتر را پیش‌بینی کند (آنستیس[6] و همکاران، ۲۰۱۹). نشخوار خشم یک فرآیند شناختی اجتناب ناپذیر و تکرارشونده است که در جریان تجربه خشم ظاهر می‌شود. نشخوار خشم باعث افزایش یافتن و ادامه پیدا کردن خشم درونی می‌شود و از این طریق موجب شدت افسردگی می‌شود بنابراین نشخوار خشم با افسردگی رابطه مثبت دارد (بوردرز[7]، ۲۰۲۰).

از طرفی نیز هیجان‌ها از تعیین‌کننده‌های مهم رفتار، افکار و تجربه هستند و ممکن است به طرق مختلف تنظیم شوند (ون کلیف و کوته[8]، ۲۰۲۲). درحالی‌که شمار زیادی از افراد احساسات خود را سرکوب می‌کنند تعدادی نیز در مورد هیجانات تجربه‌شده خودآگاهی لازم را ندارند به بیانی دیگر این افراد مشخصه‌های ناگویی هیجانی یا ابهام خلق را گزارش می‌کنند. این افراد در یافتن واژگان مناسب برای تعریف و توصیف احساسات خود و نیز در بیان و نام‌گذاری هیجانات خود دچار مشکلات جدی هستند (گورلیک و وتینوف[9] ، ۲۰۲۳). مفهوم ناگویی هیجانی[10]، بر اساس مشاهده بیماران روان‌تنی مفهوم بندی شده است و اولین بار توسط سیفنئوس[11] (۱۹۷۳) به کار رفت. ناگویی هیجانی سازه‌ای روان‌شناختی محسوب می‌شود که به دو بعد شناختی و خلقی تقسیم می‌شود. مؤلفه‌ی شناختی با مشکلاتی در امر تشخیص اظهارات کلامی و تحلیل احساسات مشخص می‌شود و مؤلفه‌ی خلقی نیز شامل کاهش سطوح تجارب و تجسم‌های ذهنی در مورد هیجانات را شامل می‌شود (پریس[12] و همکاران، ۲۰۲۳). مفهوم ناگویی هیجانی به‌عنوان مقوله‌ای هیجانی شناختی به اختلال ویژه در کنش‌وری روان‌شناختی اشاره دارد که حاصل فرآیند بازداری خودکار اطلاعات و حالت‌های هیجانی به وجود می‌آید (لو[13] و همکاران، ۲۰۲۲).

در خصوص افسردگی درمان شناختی رفتاری به‌عنوان یکی از درمان‌های تثبیت‌شده و خط اول به شمار می‌رود که نتایج مثبتی به همراه دارد (آدام[14] و همکاران، ۲۰۲۲) و بر این فرض استوار است که باورهای نادرست و ناامیدکننده رفتارهای مقابله‌ای ناموثر و حالات

1. Al-Zawaadi
2. Korczak
3. Bains & Abdijadid
4 .Paxton
5. Harington
6. Anestis
7. Borders
8. Van Kleef & Côté
9. Goerlich & Votinov
10. Alexithymia
11. Sifneos
12. Preece
13. Luo
14. Adam

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

خلقی منفی در شکل‌گیری و تداوم مشکلات مؤثرند (مک فارلین[1] و همکاران، ۲۰۱۹) و افراد، این توانایی را دارند که به شیوه‌های متناسب با موقعیت بیندیشند و عمل کنند. اما به دلیل درک و انتظاراتشان از موقعیت به‌گونه‌ای دیگر رفتار می‌کنند. درمان شناختی رفتاری دارای رویکردی آموزشی است که در آن هم از راهبردهای شناختی چون کشف تحریف‌های شناختی و افکار اضطراب‌آور بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های مقابله‌ای مؤثر و هم راهبردهای رفتاری شامل الگوبرداری مواجهه‌سازی ایفای نقش آرام‌سازی عضلاتی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و خودکارآمدی استفاده می‌کند (سلواپندیان[2]، ۲۰۱۹). هسته اصلی درمان شناختی رفتاری عمدتاً بر اساس خودیاری استوار است و هدف درمانگر کمک به بیمار است تا بتواند مهارت‌های لازم را نه‌تنها برای حل مسائل جاری بلکه حل مسائل مشابه در آینده رشد دهد؛ از این نظر درمان شناختی رفتاری نسبت به سایر مداخلات روان‌شناختی از برتری نسبی برخوردار است (مک فارلین و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین این رویکرد درمانی یک روش درمانی کوتاه‌مدت و معمولاً مقرون‌به‌صرفه‌تر از سایر روش‌های درمانی است که نتایج حاکی از اثربخشی آن در انواع گسترده‌ای از رفتارهای ناسازگارانه بوده و به همین دلیل مورد توجه بسیاری از درمانگران قرار دارد (پیترز[3] و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش ویلا[4] و همکاران (۲۰۲۰)، راسینگ[5] و همکاران (۲۰۱۹) و شیبانی و همکاران (۱۳۹۹) بر روی کودکان و نوجوانان اثربخشی درمان شناختی رفتاری را مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند.

به‌طورکلی، افسردگی در نوجوانان در سنین (۱۱ تا ۱۵ سال) یک بیماری بسیار شایع است چراکه نوجوانی دورانی پر از حساسیت و استرس است. همانطور که قبلاً گفته شد؛ نوجوانان در زندگی خود با چالش‌ها و مشکلات متعددی روبه رو هستند. یکی از این چالش‌ها و دشواری‌های شایع در دوره نوجوانی دشواری‌های هیجانی است که این موضوع منجر به نشخوار خشم در نوجوانان می‌شود زیرا نوجوان نمی‌تواند در موقعیت‌های هیجان‌زا، ابراز صحیح هیجانات داشت باشد و موجب پدید آمدن مشکلات شخصی و تعارضات بین‌فردی می‌شود. بنابراین کمک به این افراد برای حل مشکلات مرتبط با موقعیت‌های هیجان‌زا، اهمیت فراوانی دارد. طبق نتایجی که از پیشینه پژوهش‌ها گرفته شد، تاکنون رویکردهایی مانند معنویت‌درمانی، هیجان‌مدار و پذیرش و تعهد، برای این افراد انجام شده و تأثیرات آن مشهود است. یکی از رویکردهایی که به نظر می‌رسد می‌تواند به این افراد کمک کند، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی آنلاین هیمبرگ، است. پژوهش‌های صورت‌گرفته در این زمینه مؤید این نظر است که رویکردهای درمانی اثربخشی بر مشکلات نوجوانان در بحران بلوغ می‌تواند اثرات مفیدی بر پیامدهای بلوغ ازجمله افسردگی آن‌ها ایجاد کند. لذا تحقیق در این راستا مهم و ضروری تلقی می‌گردد. در حال با عنایت به آنچه گفته شد این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی آنلاین هیمبرگ بر نشخوار خشم و ناگویی هیجانی در دانش‌آموزان پسر ۱۲ ساله دارای علائم افسردگی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دارای نشانه‌های افسردگی ششم ابتدایی شهرستان رباط‌کریم به تعداد ۷۰۰ نفر در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود. از بین جامعه آماری پژوهش تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند که تمایل به شرکت در این دوره درمانی داشتند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند، در ادامه با گمارش تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند، ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان در این پژوهش: ۱) دارای علائم افسردگی بر اساس نظر روانشناس بالینی و مشاور مدرسه و کسب نمره بالاتر از ۲۰ در پرسشنامه افسردگی بک، ۲) تمایل فرد به شرکت در پژوهش، ۳) رضایت خانواده، ۴) نداشتن مشکل جسمانی و روانی شدید بر اساس گزارش والدین، ۵) عدم مصرف داروی روان‌پزشکی در یک سال اخیر بر اساس گزارش والدین بود و ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان: غیبت بیش از دو جلسه عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر، غیبت بیش از دو جلسه و عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انجام هماهنگی لازم با دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیک و ۳ مدرسه پسرانه مقطع ابتدایی در رباط‌کریم،

1. McFarlane
2. Selvapandiyan
3. Peters
4. Villa
5. Rasing

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

پرونده‌های دانش‌آموزان پایه ششم که علائم افسردگی داشتند و قبلاً در پرونده‌شان درج شده بود، در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و با تماس تلفنی، مصاحبه اولیه‌ای با هریک از دانش‌آموزان متقاضی به عمل آمده و پس از جایگزینی در گروه‌ها، شرکت‌کنندگان پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایشی درمان شناختی رفتاری آنلاین هیمبرگ را در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی به صورت آنلاین در پلتفرم اسکایپ بر روی دانش‌آموزان با توالی هر هفته دو جلسه دریافت کردند. اما شرکت‌کنندگان گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند.

ملاحظات اخلاقی بدین شرح بود: پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و ۶۰ روز بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند، ۲- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی آزمودنی‌ها محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند، ۳- پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل آزمودنی‌ها برای آنها تفسیر کند، ۴- در صورت مشاهده‌ی هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به آزمودنی‌ها ارائه شد، ۵- مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان به دنبال نداشت،۶- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. درنهایت برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر که توسط نرم‌افزار spss نسخه ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفت، استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS)[1]: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط بگبی و همکاران[2] (۱۹۹۴) طراحی شده است. این آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را شامل می‌شود. روش نمره‌گذاری پرسشنامه به شیوه لیکرت است به پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱ و به پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ تعلق می‌گیرد. هر چه افراد نمراتشان در این خرده‌مقیاس‌ها بیشتر باشد نشان‌دهنده مشکل بیشتر در زمینه بیان و تشخیص احساسات می‌باشد. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های متعدد خارجی توسط تیلور[3] و همکاران (۲۰۰۰) بررسی و تأیید شده است. در پژوهش تیلور و همکاران(۲۰۰۰) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۴ و همسانی درونی زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۳، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ گزارش شده است (به نقل از تهمتن و همکاران، ۱۴۰۰). تیلور و همکاران (۲۰۰۰) همچنین روایی سازه‌ی مقیاس ناگویی هیجانی را بر اساس تحلیل عاملی بررسی نمودند که سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی شناسایی شدند و همبستگی تمامی سؤالات، باهم ۰/۶۷ و معنادار بود. در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۰/۸۵ و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است روایی هم‌زمان مقیاس ناگویی هیجانی برحسب همبستگی بین نمره این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب r=۰/۷۰، r=-۰/۶۸ و r=۰/۴۴ گزارش شده است (بشارت، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس ناگویی هیجانی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس نشخوار خشم (ARS)[4]: مقیاس نشخوار خشم (سوکودولسکی[5] و همکاران، ۲۰۰۱) یک آزمون ۱۹ سؤالی است که تمایل به تفکر در مورد موقعیت‌های خشم انگیز فعلی و یادآوری تجربه‌های خشم انگیز گذشته را می‌سنجد. این آزمون چهار زیرمقیاس پس‌فکرهای خشم، افکار تلافی‌جویانه، خاطره‌های خشم و شناختن علت‌ها را در اندازه‌های چهاردرجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (خیلی کم) تا ۴ (خیلی زیاد) می‌سنجد. روایی سازه این پرسشنامه از طریق آزمون روایی همگرا ۰/۶۵ و روایی واگرا ۰/۷۳ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از زیرمقیاس‌های پس‌فکرهای خشم، افکار تلافی‌جویانه، خاطرات خشم و شناختن علت‌ها به ترتیب به شرح زیر محاسبه شده است؛ ۰/۸۶، ۰/۷۲، ۰/۸۵، ۰/۷۵ (سوکودولسکی و همکاران، ۲۰۰۱). در ایران، و در ایران توسط بشارت و محمدمهر (۱۳۸۸) ترجمه و بررسی شده است. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از مقیاس‌های نشخوار خشم نمره کل پس فکرهای خشم افکار تلافی‌جویانه خاطره‌های

1. Toronto Alexithymia Scale
2. Bagby
3. Taylor
4. Anger rumination scale
5. Sukhodolsky

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

خشم و شناختن علت‌ها به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۷۸ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب آزمون است (بشارت، ۲۰۱۱؛ بشارت و محمدمهر، ۱۳۸۸). همچنین روایی محتوایی مقیاس نشخوار خشم بر اساس داوری ده نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای هر یک از مقیاس‌های نشخوار خشم (نمره کل) افکار بعد از خشمگین شدن، افکار انتقام‌جویانه، خاطره‌های خشم و فهم علل به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۲، ۰/۷۹، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ محاسبه شد، روایی همگرا و افتراقی این مقیاس از طریق اجرای همزمان مقیاس خشم چندبعدی تهران و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد و ۰/۶۹ بدست آمد و مورد تأیید قرار گرفت (بشارت، ۲۰۱۱). در پژوهش عبدالمحمدی و همکاران (۱۴۰۲) همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای افکار بعد از خشمگین شدن ۰/۷۴، افکار انتقام جویانه ۰/۷۶، خاطرات خشم ۰/۸۱، فهم علل ۰/۶۹ و برای کل مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس نشخوار خشم به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

پروتکل درمان شناختی رفتاری آنلاین هیمبرگ و بکر[1] (۲۰۰۲): بسته درمانی بر اساس درمان شناختی رفتاری آنلاین هیمبرگ و بکر (۲۰۰۲) به شیوه گروهی مبتنی بر اهداف پژوهش است که در دوازده جلسه به مدت ۹۰ دقیقه هر هفته دو جلسه به شرکت‌کنندگان مورد مطالعه آموزش داده شد.

جدول ۱. پروتکل درمان شناختی رفتاری

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی برقراری ارتباط و توضیح درباره منطق درمان توضیح درباره ماهیت اضطراب شناسایی افکار اضطراب‌زا و عوامل و نشانه‌های آن مفهوم‌سازی درمان شناختی رفتاری.
دوم	مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های اضطرابی هستند. توانمندسازی اعضاء در زمینه خودآگاهی و شناخت خصوصیات، نیازها، خواسته‌ها، اهداف، ارزش‌ها و هویت خود.
سوم	آشنایی اعضا با رابطه بین فکر احساس و رفتار و آشنایی با افکار خود آیند تحریف‌های شناختی و به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی ارتباط افکار هیجانات و حس‌های بدنی و ارائه مثال‌های متعدد در موقعیت‌های مختلف توضیح خطاهای تفکر و افکار خود آیند منفی
چهارم	نشانه‌های احساسی شامل بررسی چگونگی وقوع احساس‌ها و بیان چگونگی ثبت احساس‌ها و افکار مرتبط با آنها معرفی و شناسایی انواع افکار منفی رایج و تحریفات شناختی
پنجم	تهیه سلسله‌مراتب موقعیت‌های اجتنابی حساسیت‌زدایی کاربرگ سلسله‌مراتب موقعیت‌های اجتنابی کار برگ مواجهه با موقعیت‌های اجتنابی تصویرسازی موقعیت‌های اجتنابی، همراه کردن مواجهه با آرمیدگی.
ششم	به چالش کشیدن افکار منفی رایج و تحریفات شناختی و جایگزینی افکار منطقی به‌جای افکار غیرمنطقی آموزش و بحث درباره مدیریت خشم قاطعیت مدیریت زمان، ثبت وقایع روزانه آموزش استفاده از مهارت حل مسئله در مورد تعارض‌ها، بحث درباره مهارت‌های نه گفتن، تفویض اختیار.
هفتم	مدیریت نگرانی‌ها، شناسایی شایع‌ترین نگرانی‌های مراجع، تعیین و ثبت نگرانی‌ها، کاربرگ ثبت نگرانی، شناخت تحریفات شناختی.
هشتم	تکنیک‌های شناختی راهبرد کارآمد سود و زیان، فاجعه‌آمیز کردن نتایج تمایز بین امکان و احتمال عوامل محافظت‌کننده هدفمند، افکار خودآیند تحریف‌شده، برچسب زدن فاجعه‌سازی پیش‌بینی منفی.
نهم	پرسش‌های بدون پاسخ چرا اگر باورهای کمال طلبانه در مورد کنترل اضطراب نشخوارهای رهنی و چگونگی اثر تکنیک فعال‌سازی رفتاری آموزش تکنیک‌های آرمیدگی.
دهم	آموزش، تمرین و اجرای راهبردهای مقابله‌ای مؤثر مقابله با عوامل راه‌انداز بین‌فردی آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود، آرامش‌آموزی جسمانی مسئولیت‌پذیری فعالانه شناسایی و ثبت خودگویی‌های منفی و نحوه جایگزینی خودگویی‌های مثبت با آنها.
یازدهم	تمرین و اجرای راهبردهای مقابله‌ای مؤثر آموزش مدیریت استرس نحوه تغییر و اصلاح باورهای نادرست از طریق زیر سؤال بردن باورها، یافتن باورهای درست و شفاف‌سازی باورها، آموزش شناخت واکنش‌های بدن به احساسات مختلف.
دوازدهم	آموزش اهمیت و درک مزایای حمایت اجتماعی و ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و مرور کلی مهارت‌های آموزش داده‌شده، بحث درباره نکات مثبت و نقطه‌ضعف‌های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی.

1. Heimberg & Becker

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

یافته ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی بیانگر آن بود که افراد نمونه پژوهش همگی پسر بودند و دارای دامنه سنی ۱۱ تا ۱۲ سال بودند که در این بین میانگین و انحراف معیار سن آنها ۱۱/۱۰±۱/۲۳ سال بود همچنین همه دانش‌آموزان دارای پایه تحصیلی ششم ابتدایی بودند. ابتدا به بررسی یافته‌های توصیفی پژوهشی پرداخته می‌شود.

جدول ۲. نتایج آمار توصیفی متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها		پیش‌آزمون		نرمالیتی	پس‌آزمون		نرمالیتی	پیگیری		نرمالیتی
		میانگین	انحراف معیار	P Value	میانگین	انحراف معیار	P value	میانگین	انحراف معیار	P value
نشخوار	آزمایش	۵۵/۵۳	۱۰/۵۴	۰/۱۱	۴۷/۱۳	۸/۴۴	۰/۱۷	۴۴/۶۶	۸/۴۷	۰/۲۳
خشم	گواه	۵۶/۱۳	۱۲/۱۱	۰/۲۲	۵۶/۵۳	۱۱/۸۰	۰/۱۹	۵۶/۴۰	۱۲/۶۵	۰/۱۴
ناگویی	آزمایش	۵۳/۸۶	۶/۹۳	۰/۳۳	۴۲/۶۶	۶/۸۹	۰/۲۱	۴۴/۵۳	۶/۷۴	۰/۱۸
هیجانی	گواه	۵۵/۸۶	۶/۲۴	۰/۲۹	۵۵/۲۶	۵/۹۳	۰/۱۲	۵۶/۶۰	۶/۳۶	۰/۲۱

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، متغیرهای نشخوار خشم و ناگویی هیجانی برای دو گروه گواه و درمان شناختی رفتاری الگوی آنلاین هیمبرگ در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. در گروه گواه میانگین متغیرهای نشخوار خشم و ناگویی هیجانی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه ذهن آگاهی شاهد کاهش نشخوار خشم و ناگویی هیجانی قابل‌توجه متغیرهای در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون هستیم. همچنین نمرات نشخوار خشم و ناگویی هیجانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است.

قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات نشخوار خشم و ناگویی هیجانی، در مراحل سه گانه اندازه گیری ($p>۰/۰۵$) نتیجه بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس به این شرح بود در ابتدا جهت بررسی وجود داده پرت از باکس پلات استفاده شد که داده پرتی مشاهده نگردید.همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p>۰/۰۵$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته (نشخوار خشم و ناگویی هیجانی) معنادار نبوده است ($p>۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای نشخوار خشم و ناگویی هیجانی رعایت شده است ($P>۰/۰۵$). برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری آنلاین هیمبرگ بر نشخوار خشم و ناگویی هیجانی دانش‌آموزان پسر ۱۲ ساله دارای علائم افسردگی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. در این تحقیق یک عامل درون آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیر پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و یک عامل بین آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروهی بود.

جدول ۳. تحلیل واریانس با واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر پژوهش

		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P	اندازه اثر	توان آزمون
نشخوار خشم	مراحل	۴۵۷/۸۰	۲	۲۲۸/۹۰	۵۵/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۱
	گروه‌بندی	۲۹۸/۸۴	۱	۲۹۸/۸۴	۸/۴۵	۰/۰۲	۰/۲۳	۰/۷۵
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۵۱۸/۰۹	۲	۲۵۸/۵۴	۶۲/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱
	خطا	۲۳۰/۴۴	۵۶	۴/۱۱				
ناگویی هیجانی	مراحل	۵۱۸/۶۰	۲	۲۵۹/۳۰	۱۳۶/۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳	۱
	گروه‌بندی	۴۴۸/۹۰	۱	۴۸۸/۹۰	۷/۳۹	۰/۰۳	۰/۲۰	۰/۶۹
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۴۶۸/۲۹	۲	۲۳۴/۱۴	۱۲۳/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

خطا	۱۰۶/۴۴	۵۶	۱/۹۰	

همان‌گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای نشخوار خشم (۱۷۱/۷۴) و ناگویی هیجانی (۸۷/۶۹) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش (نشخوار خشم و ناگویی هیجانی) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. حال جهت بررسی این نکته که این تأثیر در کدام‌یک از مراحل آزمون بوده است، به بررسی نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی پرداخته می‌شود.

جدول ۴. بررسی تفاوت‌های دوبه‌دو در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مؤلفه	مراحل آزمون		تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
نشخوار خشم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۴	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۱۰/۸۷	۰/۶۳	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۸/۴	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۲/۴۷	۰/۲۱	۰/۱۱
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۱/۲	۰/۳۶	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۹/۳۳	۰/۴۱	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۱/۲	۰/۳۶	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۱/۸۷	۰/۲۸	۰/۰۹

همان‌گونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد میانگین نمرات نشخوار خشم و ناگویی هیجانی دانش‌آموزان پسر ۱۲ ساله دارای علائم افسردگی که در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، در مرحله پیگیری نیز این تغییر ثبات خود را از دست نداده بود. بنابراین درمان شناختی رفتاری آنلاین هیمبرگ درحالی‌که بر میانگین نمرات نشخوار خشم و ناگویی هیجانی دانش‌آموزان پسر ۱۲ ساله دارای علائم افسردگی در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنادار داشته، توانسته تأثیر خود را در طول زمان نیز حفظ نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی آنلاین هیمبرگ بر نشخوار خشم و ناگویی هیجانی در دانش‌آموزان پسر ۱۲ ساله دارای علائم افسردگی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی آنلاین هیمبرگ بر نشخوار خشم در دانش‌آموزان پسر ۱۲ ساله دارای علائم افسردگی اثربخش بود و موجب کاهش آن می‌شود. این یافته با پژوهش روشنی و مهرابی زاده هنرمند (۲۰۲۱)، محمدپور و شریعت‌نیا (۱۳۹۷)، بادپا و همکاران (۱۳۹۷)، محمودی و همکاران (۱۳۹۵)، سهرابی و همکاران (۱۳۹۳)، خانی و حسینیان سراجه لو (۱۳۹۳) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان این‌گونه بیان کرد که نشخوار خشم رفتار تهاجمی را افزایش می‌دهد و درمان شناختی رفتاری موجب تقویت خودکنترلی در نهایت کنترل رفتار تهاجمی می‌شود. رفتاردرمانی شناختی با تمرکز بر ساخت‌وساز باورها و رفتارهای انعطاف‌پذیر به افراد کمک می‌کند. رفتاردرمانی شناختی به‌عنوان یک درمان مؤثر در کنار دارودرمانی می‌تواند با تقویت و بازسازی شناختی چرخه معیوب اندیشه‌های نادرست را قطع کند. تأثیر ویژه رفتاردرمانی شناختی را می‌توان در تغییر شناخت با آموزش مهارت مقابله با تفکر غلط و جایگزین ساختن تفکر درست و هم‌چنین آموزش مهارت حل مسئله دانست. درواقع دست‌یابی به شناخت و دیدگاه دقیق و درست نسبت به مسائل و مشکلات پیرامون همان هدف اصلی درمان در رفتاردرمانی شناختی است. هنگامی‌که درمانی هر دو بعد رفتار و شناخت را آماج و هدف خود قرار می‌دهد موفق‌تر از درمانی عمل خواهد کرد که تنها بر روی یک بعد بیمار اعمال می‌شود. مداخله شناختی رفتاری به شیوه گروهی در کاهش اضطراب اثربخش بوده است؛ زیرا این رویکرد در این راستا به عوامل شناختی، رفتاری و هیجانی به‌طور هم‌زمان توجه می‌کند و ازجمله مداخلاتی است که به افراد کمک

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

می‌کند تا خود را در معرض موقعیت‌های اضطراب‌آور زندگی واقعی قرار دهند و تکرار این فرایند با بازسازی شناختی افکار ناکارآمد آنها همراه است. ازاین‌رو هدف آن تغییر شناخته‌ای ناکارآمد، اصلاح رفتارهای ناسازگار و بهبود عملکرد افراد است.

یافته‌های پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی آنلاین هیمبرگ بر نشخوار خشم در دانش‌آموزان پسر ۱۲ ساله دارای علائم افسردگی اثربخش بود و موجب کاهش آن می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات ویلا و همکاران (۲۰۲۰)، راسینگ و همکاران (۲۰۱۹)، شیبانی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت: دریافت‌های شناختی، زمانی ناکارآمد محسوب می‌شوند که به صورتی مزمن، غیرواقعی و نادرست به نظر برسند و در پاسخ‌های عاطفی و رفتاری ناخواسته و دشواری در بیان احساسات نقش داشته باشند. درمانگر از تکنیک‌های بازسازی شناختی مانند تکنیک‌های خاص استخراج اطلاعات شناختی و تحلیل دریافت‌های شناختی و تکنیک‌های تغییر شناختی برای تغییر باورها، نگرش‌ها و مفروضه‌های نادرست افراد استفاده می‌کند. این تکنیک‌ها بر این فرض استوارند که اگر افراد در زمینه بازشناسی و اصلاح تحریف‌هایی که از واقعیت به عمل می‌آورند، آموزش ببینند، می‌توانند برای تغییر پاسخ‌های عاطفی و رفتاری ناکارآمد مرتبط با خود، در موقعیت بهتری قرار بگیرند. علائم شناختی‌ای که می‌تواند شامل باورها، تعبیر و تفسیرها، خودگویی‌های فرد و فرآیندهای شناختی تحریف شده باشند، به‌عنوان هدف مداخله‌های بازسازی شناختی تعیین می‌شوند. هرگاه شخص دریابد که این افکار چگونه ممکن است در بروز احساسات و عکس‌العمل‌های رفتاری ناخواسته سهیم باشند، علل رفتار خود را بهتر می‌فهمد. این موضوع فرد را قادر می‌سازد تا در موقعیت مذکور به فعالیت‌های سازنده‌ای دست بزند. هدف از این توضیح کوتاه، ارائه استدلالی قانع‌کننده برای مشارکت گروه با درمانگر، در تحلیل شناختی است. درمان شناختی- رفتاری با تمرکزی که بر باز ارزیابی شناخته‌ای و پذیرش جنبه‌های مختلف هیجانی دارد توانسته به این نوجوانان کمک کند تا در موقعیت‌های چالش را تغییرات شناختی سازگارانه ایجاد کنند (شرفی و همکاران، ۲۰۲۲). در خصوص تبیین این یافته همسو با پژوهش اولسون[1] و همکاران (۲۰۲۱) 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 چشم‌انداز حل مسئله را در خود رشد دهند و از طریق تکالیف خانگی به مراجع کمک می‌کنند تا به شکل انگیزه‌مندتری این مهارت‌ها را در فضای روابط بین فردی و زندگی روزمره‌شان به کار بگیرند، پرواضح است که بالا رفتن این توانایی‌ها به افراد کمک می‌کند تا مدیریت بهتری بر اعمال خود کنند و از مشکلات و چالش‌های درونی و برونی بکاهند.

بنابراین می‌توان گفت از آنجا که درمان شناختی رفتاری آنلاین هیمبرگ، رویکردی با تکیه بر بنیادهای یادگیری بر فرایندهای شناختی ناشی از کسب تجربه و نقش فرایندهای شناختی در رفتار است، به استناد تجربه‌های بالینی، رفتار افراد در گروه، مشابه رفتار آنها در زندگی معمولی است. افراد با همان انگاره‌های رفتاری که در زندگی آنها تولید اشکال کرده وارد گروه می‌شوند و دیری نمی‌پاید که این رفتارها در محدوده گروه به معرض نمایش گذاشته می‌شود و طی آگاهی از رفتار، فرضیه‌ها، انگیزه‌ها، خیالات، اندیشه‌ها و تصورات مراجعان، امکان جایگزینی نگرش‌ها و به‌طورکلی عقاید ناکارآمد خود را با باورهایی عینی و ملموس‌تر پدید می‌آورند. نتایج این پژوهش حاکی از اثر داشتن درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی آنلاین هیمبرگ بر کاهش نشخوار خشم و ناگویی هیجانی دانش‌آموزان پسر ۱۲ ساله دارای علائم افسردگی بود.

پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (دانش‌آموزان پسر پایه ششم شهرستان رباط‌کریم)، عدم بهره‌گیری از ابزارهای پژوهشی دیگر به‌جز پرسشنامه و تعداد کم نمونه پژوهش و روش نمونه‌گیری غیرتصادفی مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر سایر مناطق جغرافیایی و با حجم نمونه بیشتر انجام گردد تا سبب افزایش تعمیم‌یافته‌ها شود. همچنین از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود تا همه اعضای جامعه شانس برابر برای انتخاب داشته باشند. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر توصیه می‌گردد درمان شناختی رفتاری آنلاین هیمبرگ در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ادارات آموزش‌وپرورش مورد استفاده قرار گیرد و همچنین پیشنهاد می‌شود مشاوران مقاطع مختلف در دوره‌های ضمن خدمت و کارگاهی با این روش آموزشی و کاربرد آن در کاهش نشخوار خشم و ناگویی هیجانی آشنا گردند.

1. Olsson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

منابع

بادپا، خ.، شیرازی، م.، عرب، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم بر مهار خشم دانش‌آموزان پسر. *سلامت روان کودک*، ۵(۴)، ۱۶۸-۱۵۹. http://childmentalhealth.ir/article-1-604-fa.html

بشارت، م.، و محمدمهر، ر. (۱۳۸۸). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نشخوار خشم. *نشریه‌ی دانشکده‌ی پرستاری و معماری*، ۱۹(۶۵)، ۳۶-۴۳. https://www.sid.ir/paper/108310/fa

تهمنتن، ع.، کلهرنیا گلکار، م.، و حاجی علیزاده، ک. (۱۴۰۰). بررسی مدل ساختاری رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و سبک‌های دفاعی با کیفیت زندگی و با میانجی‌گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا. *علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۸)، ۲۳۰۶-۲۲۸۵. https://psychologicalscience.ir/article-1-1122-fa.html

خانی، ع.، و حسینیان سراجه لو، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش خشم و نشخوار خشم در زندانیان زندان اردبیل. *رویش روان‌شناسی*، ۹(۲۵)، ۱۱۶-۹۹. https://frooyesh.ir/article-1-53-fa.html

سهرابی، ف.، کرمی، ح.، براتی سده، ف.، و خاکباز، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی مدیریت خشم بر مبنای الگوی ریلی و شاپشایر در کاهش پرخاشگری و ارتقای رضایت زناشویی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۹(۳۵)، ۱۱۶-۹۹. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4028.html

شرفی، م.، جعفری، د.، و بهرامی، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *رویش روان شناسی*، ۱۱(۱۲)، ۱۹۴-۱۸۳. https://frooyesh.ir/article-1-4351-fa.html

شکیبایی، ف.، و اسماعیلی، م. (۱۳۹۳). همه‌گیر شناسی افسردگی در دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۲)، ۲۸۴-۲۷۴. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-379-fa.html

شیبانی، ح.، میکائیلی، م.، و نریمانی، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و آموزش تنظیم هیجان بر تحریک‌پذیری، افسردگی، اضطراب، استرس و تنظیم هیجانی نوجوانان دارای اختلال بدتنظیمی خلق مخرب. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۲(۲)، ۵۰-۴۱. https://jcp.semnan.ac.ir/article_4721.html

عبدالمحمدی، ک.، غدیری، ف.، و محمدزاده، ع. (۱۴۰۲). پیش‌بینی پرخاشگری سایبری بر اساس همدلی، بی‌تفاوتی اخلاقی و نشخوار خشم در نوجوانان. *پژوهش‌های روانشناختی اجتماعی*، ۱۳(۵۰)، ۳۰-۱۵. https://www.socialpsychology.ir/article_178102.html?lang=fa

محمدپور، ف.، و شریعت نیا، ک. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش نشخوار خشم در بین دانش‌آموزان دختر دوم دبیرستان شهر گنبدکاووس. *اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی ایران*، تهران. https://civilica.com/doc/783617

محمودی، ط.، بساک نژاد، س.، و مهرابی زاده هنرمند، م. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مدیریت خشم با رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و نشخوار خشم در دانشجویان دختر. *دست‌آوردهای روانشناختی*، ۲۳(۲)، ۱۵۶-۱۳۷. https://psychac.scu.ac.ir/article_12584.html?lang=fa

یزدانی، م.، اسماعیلی، م.، نامداری، ک. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مثبت بر خودشفقت‌ورزی نوجوانان پسر دارای نشانه‌های افسردگی. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۳(۴)، ۷۶-۶۵. https://ppls.ui.ac.ir/article_23135.html

Adam, J., Goletz, H., Dengs, S., Klingenberger, N., Könnecke, S., Vonderbank, C., Hautmann, C., Hellmich, M., Plück, J., & Döpfner, M. (2022). Extended treatment of multimodal cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder improves symptom reduction: a within-subject design. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *16*(1), 99. https://doi.org/10.1186/s13034-022-00537-z

Al-Zawaadi, A., Hesso, I., & Kayyali, R. (2021). Mental Health Among School-Going Adolescents in Greater London: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 592624. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.592624

Anestis, M. D., Anestis, J. C., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2009). Anger rumination across forms of aggression. *Personality and Individual Differences*, *46*, 192-196. https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.09.026

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*, 23-32. https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1

Bains, N., & Abdijadid, S. (2023). *Major Depressive Disorder*. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, *101*, 209- 220. https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220

Besharat, M. A. (2011). Factorial and cross-cultural validity of a Farsi version of the Anger Rumination Scale. *Psychological Reports*, *108*(1), 317-328. https://doi.org/10.2466/02.08.09.PR0.108.1.317-328

Borders, A. (2020). *Rumination and Related Constructs: Causes, Consequences, and Treatment of Thinking Too Much*. US: Academic Press.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

Da Silva, M. L., Rocha, R. S. B., Buheji, M., Jahrami, H., & Cunha, K. D. C. (2021). A systematic review of the prevalence of anxiety symptoms during coronavirus epidemics. *Journal of health psychology*, *26*(1), 115 -125. https://doi.org/10.1177/13591053209516

Goerlich, K. S., & Votinov, M. (2023). Hormonal abnormalities in alexithymia. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 1070066. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1070066

Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive–behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.

Korczak, D. J., Westwell-Roper, C., & Sassi, R. (2023). Diagnosis and management of depression in adolescents. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, *195*(21), E739–E746. https://doi.org/10.1503/cmaj.220966

Luo, H., Gong, X., Chen, X., Hu, J., Wang, X., Sun, Y., Li, J., Lv, S., & Zhang, X. (2022) Exploring the links between alexithymia and cognitive emotion regulation strategies in internet addiction: A network analysis model. *Front Psychol*, *13*, 938116. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.938116

McFarlane, F.A., Allcott -Watson, H., Hadji -Michael, M., McAllister, E., Stark, D., Reilly, C., Bennett, S.D., McWilliams, A., & Heyman, I. (2019). Cognitive -behavioural treatment of functional neurological symptoms (conversion disorder) in children and adolescents: a case series. *European Journal of Paediatric Neurology*, *23*(2), 317-328. https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2018.12.002

Olsson, N. C., Juth, P., Ragnarsson, E. H., Lundgren, T., Jansson-Fröjmark, M., & Parling, T. (2021). Treatment satisfaction with cognitive - behavioral therapy among children and adolescents with anxiety and depression: A systematic review and meta -synthesis. *Journal of behavioral and cognitive therapy*, *31*(2), 147-191. https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.10.006

Paxton, R. J., Valois, R. F., Watkins, K. W., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2017). Sociodemographic differences in depressed mood: results from a nationally representative sample of high school adolescents. *The Journal of school health*, *77*(4), 180–186. https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00189.x

Peters, L., Romano, M., Byrow, Y., Gregory, B., McLellan, L.F., Brockveld, K., Baillie, A., Gaston, J., & Rapee, R.M.. (2019). Motivational interviewing prior to cognitive behavioural treatment for social anxiety disorder: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *256*(15), 70 -8. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.042

Preece, D. A., Mehta, A., Petrova, K., Sikka, P., Bjureberg, J., Becerra, R., & Gross, J. J. (2023). Alexithymia and emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, *324*, 232-238. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.065

Rasing, S. P., Stikkelbroek, Y. A., Riper, H., Dekovic, M., Nauta, M. H., Dirksen, C.D., Creemers, D. H. N., & Bodden, D. H. (2019). Effectiveness and cost -effectiveness of blended cognitive behavioral therapy in clinically depressed adolescents: Protocol for a pragmatic quasi -experimental controlled trial. *JMIR research protocols*, *8*(10), e13434. http://doi.org/10.2196/13434

Roushani, K., & Mehrabizadeh Honarmand, M. (2021). The Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy on Anger in Female Students with Misophonia: A Single-Case Study. *Iranian journal of medical sciences*, *46*(1), 61-67. https://doi.org/10.30476/ijms.2019.82063

Selvapandiyan, J. (2019). Status of cognitive behaviour therapy in India: Pitfalls, limitations and future directions-A systematic review and critical analysis. *Asian journal of psychiatry*, *41*, 1-4. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.02.012

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of `alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *22*, 255 -262. https://psycnet.apa.org/doi/10.1159/000286529

Sukhodolsky, D. G., Golub, A., & Cromwell, E. N. (2001). Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and individual differences*, *31*, 689 -700. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00171-9

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press. http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511526831

Van Kleef, G. A., & Côté, S. (2022). The Social Effects of Emotions. *Annual Review of Psychology*, *73*(1), 629-658. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020821-010855

Villa, L.M., Goodyer, I.M., Tait, R., Kelvin, R., Reynolds, S., Wilkinson, P.O., & Suckling, J. (2020). Cognitive behavioral therapy may have a rehabilitative, not normalizing, effect on functional connectivity in adolescent depression. *Journal of Affective Disorders*, *268*, 1-11. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.103

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]