Journal of Psychological Science
Print ISSN: 1735-7462 Online ISSN: 2676-6639
Homepage: http://www.psychologicalscience.ir

Comparison the Efficacy of Cognitive-Behavioral Group Treatment and the Integrative Therapy of Narrative Solutions on the Anger Control of Male Students of the First Secondary School

Davoud Ghanbari Akbarabad[1], Abolghasem Isamorad[2]✉, Abdollah Shafieabadi[3], Noorali Farrokhi[4]

1. Ph.D Student in Counseling Field, Sciences and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: negarestabar@gmail.com
2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: A_isamorsd_s@yahoo.com
3. Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: ashafiabady@yahoo.com
4. Professor, Department of Measurement and Evaluation, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: farrokhinoorali@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 26 October 2025
Received in revised form 11 August 2026
Accepted 01 November 2026
Published Online 22 November 2026

Keywords:
cognitive-behavioral therapy,
integrative therapy of narrative solutions,
anger control,
students.

ABSTRACT

Background: Lack of adequate skills to recognize and deal with anger in adolescents may lead to aggression, bullying, and other destructive behaviors. Despite numerous studies conducted to investigate the efficacy of cognitive-behavioral therapy on controlling anger in adolescent boys, there is a research gap in investigating the efficacy of integrative therapy of narrative solutions on controlling anger in adolescents and comparing its efficacy with traditional approaches such as cognitive-behavioral therapy.

Aims: The aim of this study was to compare the efficacy of cognitive-behavioral group therapy and integrative therapy of narrative solutions on anger control in ninth-grade male students of the first secondary school.

Methods: The method of this study was a quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population included all male students in the ninth-grade male students of the first secondary school in Lahijan in the academic year 1401-1402 (449 people). The statistical sample size was considered to be 45 people, who were selected conveniently and then randomly assigned to two experimental groups and a control group (15 people in each group). The data collection tool in this study was the State-Trait Anger Experssion Inventory-2 Child and Adolescent (Brunner & Spielbeger, 2009). For the first experimental group, the cognitive-behavioral group therapy protocol (Hofmann & Otto, 2008) and for the second experimental group, narrative solutions group therapy (Eron & Lund, 1998) were implemented in 10 weekly 90-minute sessions. Also, the data analysis of the present study was performed using univariate of and bonferroni post hoc test in SPSS-26 statistical software. covariance in SPSS-26 statistical software.

Results: The results showed that cognitive-behavioral group therapy and integrative therapy of narrative solutions had a significant effect on total anger control and all five of its scales (state anger, trait anger, anger expression- out, anger expression- in, and anger control) ($P<0.01$). The results also indicated that there was no difference between the efficacy of the two types of treatment on anger control and its scales, and the effects of both types of treatment remained stable during the follow-up phase.

Conclusion: Given the confirmation of the efficacy of both methods (cognitive-behavioral therapy and integrative therapy of narrative solutions) on anger control in ninth-grade students, it is suggested that school counselors use the aforementioned treatment methods to teach anger control to adolescents.

Citation: Ghanbari Akbarabad, D., Isamorad, A., Shafieabadi, A., & Farrokhi, N. (2026). Comparison the efficacy of cognitive-behavioral group treatment and the integrative therapy of narrative solutions on the anger control of male students of the first secondary school. *Journal of Psychological Science*, 25(165), 1-15. 10.66224/jps.25.165.7

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 165, 2026
© The Author(s). **DOI**: 10.66224/jps.25.165.7

✉ **Corresponding Author:** Abolghasem Isamorad, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
E-mail: A_isamorsd_s@yahoo.com, Tel: (+98)9121072590

Extended Abstract

Introduction

Adolescents lack the skills to recognize and deal with emotions in general, and anger in particular. This can often lead to aggression, bullying, and other destructive behaviors (Garner & Hinton, 2010). Uncontrolled displays of anger in the school environment, including verbal and physical aggression, bullying, and social exclusion, not only affect adolescent academic performance, but also undermine educational goals and harm students' overall mental health (Smith et al., 2015). Students can learn to manage their anger in positive ways in the short term through organized group activities (Tosun, 2014). Considering the physical, psychological, and social consequences of anger in adolescents, it is very important to implement effective therapeutic and educational interventions to reduce and modulate it (Hossein Mardi & Khalatbari, 2018).

Among the various psychotherapy approaches, cognitive-behavioral therapy (CBT) has a special place in anger management as an evidence-based treatment. Rooted in the fundamental belief that thoughts influence feelings and behaviors, cognitive-behavioral therapy emphasizes identifying and challenging negative or distorted thought patterns to foster more adaptive and constructive cognitive processes (Dobson & Dozois, 2021). Most studies use cognitive-behavioral therapy as the dominant treatment strategy for anger management in adolescents (Anjanappa et al., 2020).

Alongside these traditional approaches, nintegrative therapy of narrative solutions, as a short-term, future-focused, and power-based model, emphasizes the discovery of the individual's preferences, exceptions, and internal resources. This approach, which combines the reformulation of narrative reconstruction and solution-oriented approaches, believes that clients have their own solutions to their problems and that the therapist is merely a facilitator of this discovery (Dagirmanjian et al., 2007).

In this type of therapy, instead of focusing on problems and injuries, the emphasis is on the clients' strengths and solutions. Believing in human changeability and instilling a spirit of hope for change in both the counselor and the client, not limiting the counselor's mind to diagnostic systems of mental disorders, avoiding labeling clients, and emphasizing the clients' individual characteristics have made this method flexible and efficient (Metcalf, 2017).

Despite numerous studies conducted to investigate the efficacy of cognitive-behavioral therapy on controlling anger in adolescent boys, there is a noticeable lack of research on the effectiveness of postmodern therapies such as integrative therapy of narrative solutions on controlling emotions, especially anger, in adolescents, and comparing their efficacy with traditional approaches such as cognitive-behavioral therapy. Considering the role of inability to control anger in the emergence and exacerbation of psychological and social trauma during adolescence and the necessity of creating preventive interventions in this field, the present study seeks to answer the fundamental question: Is there a difference between the efficacy of cognitive-behavioral group therapy and the integrative therapy of narrative solutions on anger control among male students of the first secondary school?

Method

The method of this study was a quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population included all male students in the ninth-grade male students of the first secondary school in Lahijan in the academic year 1401-1402 (449 people). The statistical sample size was considered to be 45 people, who were selected conveniently and then randomly assigned to two experimental groups and a control group (15 people in each group). The data collection tool in this study was the State-Trait Anger Experssion Inventory -2 Child and Adolescent (Brunner & Spielbeger, 2009). For the first experimental group, the cognitive-behavioral group therapy protocol (Hofmann & Otto, 2008) and for the second experimental group, narrative solutions group therapy (Eron & Lund, 1998) were implemented in 10 weekly 90-minute sessions. Also, the data analysis of the present study was performed using univariate of and bonferroni post hoc test in SPSS-26 statistical software. covariance in SPSS-26 statistical software.

Results

In total, 45 male ninth-grade students of the first secondary school in Lahijan, aged 14 to 15 years, participated in the present study. The results of the univariate analysis of covariance test on the mean pretest-posttest scores of anger control are presented in Table 1.

Table 1. Results of univariate analysis of covariance test on mean pretest-posttest score of anger control

Scales	Source of change	Sum of squares	df	Mean squares	F	P	Effect size
state anger	Group	83	2	41.5	7.03	0.003	0.33
trait anger	Group	186.46	2	93.23	9.77	0.001	0.41
anger expression- out	Group	176.16	2	88.08	59.56	0.001	0.81
anger expression- in	Group	222.6	2	111.3	61.57	0.001	0.81
anger control	Group	83.76	2	41.88	4.98	0.014	0.26
Total anger score	Group	4399.9	2	2199.9	56.83	0.001	0.78

As can be seen in Table 1, the obtained significance levels (P=0.001) are smaller than the alpha significance level of 0.05. Therefore, the results show that there was a significant difference between at least two of the three groups in terms of anger control and its scales. In order to detect pairwise differences between the three groups, the Bonferroni post hoc test was used, the results of which are presented in Table 2.

Table 2. Results of the Bonferroni post hoc test for pairwise comparison of anger control variable scales

Scales	Pairwise comparison		Average difference	Average deviation	P
state anger	Cognitive-Behavioral	Control group	3.95-	1.14	0.005
	Narrative Solutions	Control group	3.44-	1.1	0.012
	Cognitive-Behavioral	Narrative solutions	0.51-	1.05	1
trait anger	Cognitive-Behavioral	Control group	5.85-	1.45	0.001
	Narrative Solutions	Control group	5.24-	1.4	0.003
	Cognitive-Behavioral	Narrative solutions	0.62-	1.34	1
anger expression- out	Cognitive-Behavioral	Control group	5.67-	0.57	0.001
	Narrative Solutions	Control group	5.11-	0.55	0.001
	Cognitive-Behavioral	Narrative solutions	0.55-	0.53	0.905
anger expression- in	Cognitive-Behavioral	Control group	6.37-	0.63	0.001
	Narrative Solutions	Control group	5.75-	0.61	0.001
	Cognitive-Behavioral	Narrative solutions	0.62-	0.58	0.893
anger control	Cognitive-Behavioral	Control group	3.58-	1.36	0.041
	Narrative Solutions	Control group	3.83-	1.31	0.021
	Cognitive-Behavioral	Narrative solutions	0.25	1.26	1
Total anger score	Cognitive-Behavioral	Control group	27.97-	2.79	0.001
	Narrative Solutions	Control group	23.37	2.69	0.001
	Cognitive-Behavioral	Narrative solutions	4.60-	2.55	0.244

As the results of Table 2 show, the difference in the mean of cognitive-behavioral group therapy and the integrative therapy of narrative solutions compared to the control group is significant at the 99% confidence level (P<0.01). Also, the difference in anger control scores under the influence of the two cognitive-behavioral group therapy and iintegrative therapy of narrative solutions methods is insignificant and not significant. Therefore, according to the results obtained from the analysis of covariance and the post hoc test in response to the main research question, it can be stated that in addition to the significant efficacy of both cognitive-behavioral intervention methods and the integrative therapy of narrative solutions method on the level of students' anger control and its scales, there was no significant difference between the efficacy of cognitive-behavioral intervention methods and the integrative therapy of narrative solutions methods in controlling students' anger.

Conclusion

The aim of this study was to compare the efficacy of cognitive-behavioral group therapy and integrative therapy of narrative solutions on anger control in ninth-grade male students of the first secondary school. The first finding of the present study showed that cognitive-behavioral group therapy produced a significant reduction in the total anger score and its

scales (state anger, trait anger, anger expression- out, anger expression- in, and anger control) compared to the control group. This finding is consistent with the results of studies by Bisadi (2023); Enkhbat et al. (2022); Hiemstra et al. (2019); Hossein Mardi & Khalatbari (2017); Shubina (2016) and Battagliese et al. (2015). In explaining the findings of the present study, it can be said that group cognitive-behavioral therapy is a structured and evidence-based psychological intervention that is widely used to manage and reduce anger. This therapy is based on the hypothesis that thoughts, feelings, and behaviors are interconnected and that emotions such as anger can be managed by changing maladaptive thought and behavioral patterns. In addition, in the anger control component; cognitive behavioral therapy deals with identifying the thoughts, beliefs, and meanings that are activated when people are angry and do not feel good. From a cognitive perspective, aggressive people have difficulty in the stages of social information processing. These people usually have vindictive attributions and do not have adaptive problem-solving skills, and when they are physiologically aroused, they act impulsively. Cognitive-behavioral interventions increase self-awareness and create motivation to exert more control over people's behavior, speech, and anger (Bisadi , 2023).

Another finding of this study showed that the integrative therapy of narrative solutions produced a significant reduction in the total anger score and its five scales (state anger, trait anger, anger expression-out, anger expression- in, and anger control) compared to the control group. Researchers' search for this finding did not find a specific study, but this finding is indirectly consistent with the results of the studies by Arianfar & Hoseinian (2019) and Naeimi & Shirashtiani (2016). In explaining this context, integrative therapy of narrative solutions is based on the principle that individuals construct and interpret their lives and identities through preferences. When an individual is faced with a problem (such as an anger problem), this problem can become the dominant preference in their life and overshadow their identity. Group narrative solutions place this process in a collective context. In this method, the group helps members identify and articulate their dominant and problematic preferences about anger. Then, in a collaborative process, they recreate alternative, richer preferences in which the individual is seen as "someone who experiences anger sometimes but is in control of it" rather than as "an angry person." (White & Epston, 1990).

The final finding of the present study also showed that there is no significant difference between the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and theintegrative therapy of narrative solutions on anger control and its five scales ((state anger, trait anger, anger expression- out, anger expression- in, and anger control). In explaining this finding, it should be noted that although the cognitive-behavioral approach is well-supported by research evidence, nintegrative therapy of narrative solutions, as a type of postmodern therapy, believes that clients have the solutions to their own problems and that the therapist is only a facilitator of this discovery. Because this type of therapy is non-threatening and focuses on strengths, it can be attractive and practical for adolescents who are sensitive to labeling, which also affects the effectiveness of this therapy method in controlling adolescents' anger.

Given the confirmation of the efficacy of both methods (cognitive-behavioral therapy and integrative therapy of narrative solutions) on anger control in ninth-grade students, it is suggested that school counselors use the aforementioned treatment methods to teach anger control to adolescents.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the first author's doctoral thesis in Counseling Field at Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran.

In order to maintain ethical principles in this study, an attempt was made to collect data after obtaining the participants' consent. Participants were also assured of confidentiality in maintaining personal information and presenting results without mentioning names or identifying information.

Funding: This research was done in the form of a doctoral thesis without financial support.

Authors' contribution: The first author of this article served as the main researcher, the Second and third authors as the supervisor, and the fourth author the as advisor.

Conflict of interest: The authors declare that there are no conflicts of interest are to be declared in this research.

Acknowledgments: We hereby express our gratitude to all the students who participated in this research.

مجله علوم روانشناختی

شاپا چاپی: ۷۴۶۲-۱۷۳۵ شاپا الکترونیکی: ۶۶۳۹-۲۶۷۶

Homepage: http://www.psychologicalscience.ir

مقایسهٔ اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و تلفیقی راه‌حل‌های روایتی بر کنترل خشم دانش‌آموزان پسر دورهٔ اول متوسطه

داود قنبری اکبرآباد[۱]، ابولقاسم عیسی مراد [۲]✉، عبدالله شفیع‌آبادی[۳]، نورعلی فرخی[۴]

۱. دانشجوی دکتری تخصصی رشته مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: negarestabar@gmail.com

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه: A_isamorsd_s@yahoo.com

۳. استاد، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه: ashafiabady@yahoo.com

۴. استاد، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه: farrokhinoorali@gmail.com

مشخصات مقاله

نوع مقاله:
پژوهشی

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۴
بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۲۰
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۸/۱۰
انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۹/۰۱

کلیدواژه‌ها:
درمان شناختی- رفتاری،
درمان تلفیقی راه‌حل‌های روایتی،
کنترل خشم،
دانش‌آموزان.

چکیده

زمینه: فقدان مهارت‌های کافی برای تشخیص و مقابله با هیجان خشم در نوجوانان، ممکن است منجر به پرخاشگری، قلدری و سایر رفتارهای مخرب در آن‌ها شود. علی‌رغم مطالعات فراوان انجام شده در زمینه بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کنترل خشم نوجوانان پسر، اما در مورد بررسی اثربخشی درمان تلفیقی راه‌حل‌های روایتی بر کنترل خشم نوجوانان و مقایسهٔ اثربخشی آن با رویکردهای سنتی همچون درمان شناختی- رفتاری، شکاف پژوهشی وجود دارد.

هدف: هدف این پژوهش، مقایسهٔ اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و تلفیقی راه‌حل‌های روایتی بر کنترل خشم دانش‌آموزان پسر پایهٔ نهم دورهٔ اول متوسطه بود.

روش: روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری شامل تمامی دانش‌آموزان پسر پایهٔ نهم دورهٔ اول متوسطه شهر لاهیجان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ (۴۴۹ نفر) بود. حجم نمونهٔ آماری ۴۵ نفر در نظر گرفته شد که به شکل در دسترس انتخاب شده و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، پرسش‌نامه ابراز خشم حالت- صفت-۲ کودک‌ونوجوان (برنر و اسپیلبرگر، ۲۰۰۹) بود. برای گروه آزمایش اول، پروتکل درمان گروهی شناختی- رفتاری (هافمن و اتو، ۲۰۰۸) و برای گروه آزمایش دوم نیز، درمان گروهی راه‌حل‌های روایتی (ارون و لاند، ۱۹۹۸) در ۱۰ جلسهٔ هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. همچنین تحلیل داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از روش تحلیل کواریانس تک‌متغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار آماری SPSS-26 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان‌های گروهی شناختی- رفتاری و تلفیقی راه‌حل‌های روایتی بر کنترل خشم کل و تمامی مقیاس‌های پنج‌گانهٔ آن (خشم حالت، خشم صفت، بیان خشم به‌طرف بیرون، بیان خشم به‌طرف درون و کنترل خشم) معنادار بود (P<۰/۰۱). همچنین نتایج حاکی از آن بود که بین اثربخشی دو نوع درمان مذکور بر کنترل خشم و مقیاس‌های آن، تفاوتی وجود ندارد و اثرات هر دو نوع درمان در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار باقی مانده بود.

نتیجه‌گیری: باتوجه‌به تأیید اثربخشی هر دو روش (درمان شناختی- رفتاری و درمان تلفیقی راه‌حل‌های روایتی) بر کنترل خشم دانش‌آموزان پایهٔ نهم، پیشنهاد می‌شود مشاوران مدارس از روش‌های درمانی مذکور جهت آموزش کنترل خشم به نوجوانان استفاده کنند

استناد: قنبری اکبرآباد، داود؛ عیسی مراد، ابولقاسم؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ فرخی، نورعلی (۱۴۰۵). مقایسهٔ اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و تلفیقی راه‌حل‌های روایتی بر کنترل خشم دانش‌آموزان پسر دورهٔ اول متوسطه. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱۶۵، ۱ -۱۵.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۶۵، ۱۴۰۵. DOI: 10.66224/jps.25.165.7

© نویسندگان.

✉**نویسنده مسئول:** ابولقاسم عیسی مراد، دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه: A_isamorsd_s@yahoo.com
تلفن: ۰۹۹۱۲۱۰۷۲۵۹۰

مقدمه

خشم[1] یک هیجان طبیعی و پاسخی انطباقی به تهدیدات درک شده است که می‌تواند انرژی لازم را برای اقدام دفاعی فراهم کند (ناواکو، ۲۰۱۶). این هیجان طبیعی و بنیادی با تهدید و ارزیابی منفی مرتبط است و پاسخ‌های فیزیولوژیک را فعال نموده و تمایلات رفتاری را در افراد، تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (توب و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، خشم نوعی احساس منفی شدید و واکنش در برابر یک منبع تهدیدکننده است و غالباً در موقعیت‌هایی که فرد احساس خطر می‌کند، ایجاد می‌شود (هردین و همکاران، ۲۰۲۲). اگر هیجان خشم در زمان مناسب به‌درستی کنترل نشود، می‌تواند منجر به مشکلات زیادی مانند آسیب رساندن به اعتبار، ازبین‌بردن روابط، محدود کردن فرصت‌ها شود و حتی می‌تواند به‌سلامتی افراد آسیب برساند. ناامیدی یا احساس طرد شدن از چیزی مهم، از علل رایج خشم هستند. خشم به‌عنوان یک واکنش محافظتی در برابر هر نوع آسیب‌پذیری یا ترس در نظر گرفته می‌شود. بااین‌حال، می‌تواند بر انتخاب‌های فرد تأثیر بگذارد، روابط را تیره کند و به روش‌های دیگر به آن‌ها آسیب برساند (آسوینی و همکاران، ۲۰۲۵). خشم با دامنه یک رنجش خاطر ساده تا یک عصبانیت شدید به دنبال کاهش تنش‌های هیجانی بدون توجه به عواقب و پیامدهای آن می‌باشد (الیس و گرکین ۲۰۲۱).

ازسوی‌دیگر، دورهٔ نوجوانی[2]، به دلیل هم‌زمان با بلوغ جسمانی، روانی و اجتماعی، یکی از بحرانی‌ترین دوره‌های رشدی است که در آن هیجان‌هایی مانند خشم می‌تواند با شدت و فراوانی بیشتری بروز پیدا کنند (استینبرگ، ۲۰۱۴). نوجوانان، فاقد مهارت‌های کافی برای تشخیص و مقابله با هیجانات به‌طورکلی و خشم به طور خاص هستند. این امر اغلب ممکن است منجر به پرخاشگری، قلدری و سایر رفتارهای مخرب شود (گارنر و هینتون، ۲۰۱۰). تظاهرات کنترل نشده خشم در محیط مدرسه، از جمله پرخاشگری کلامی و فیزیکی، قلدری و طرد اجتماعی، نه‌تنها عملکرد تحصیلی نوجوان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، بلکه اهداف آموزشی را نیز مخدوش کرده و به بهداشت روانی کلی دانش‌آموزان آسیب وارد می‌کند (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۵). در این راستا، مدارس به برنامه‌های جامع برای آموزش نوجوانان نیاز دارند تا دانش‌آموزان بتوانند هیجانات خود را به‌درستی شناسایی کرده و ابراز کنند. آموزش مدیریت خشم به نوجوانان کمک می‌کند تا با هیجان خشم خود مقابله کنند (لوک و همکاران، ۲۰۱۷). دانش‌آموزان می‌توانند با شیوه‌های مثبت و در کوتاه‌مدت، از طریق فعالیت‌های گروهی سازمان‌یافته، یاد بگیرند خشم خود را مدیریت کنند (توسان، ۲۰۱۴). باتوجه‌به پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی خشم در نوجوانان، انجام مداخله‌های درمانی و آموزشی مؤثر جهت کاهش و تعدیل آن بسیار حائز اهمیت است (حسین‌مردی و خلعتبری، ۱۳۹۶). در بین رویکردهای مختلف روان‌درمانی، درمان شناختی- رفتاری[3] (CBT) به‌عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد، جایگاه ویژه‌ای در مدیریت خشم دارد. درمان شناختی- رفتاری که ریشه در این باور اساسی دارد که افکار بر احساسات و رفتارها تأثیر می‌گذارد، بر شناسایی و به چالش کشیدن الگوهای فکری منفی یا تحریف شده برای تقویت فرایندهای شناختی سازگارتر و سازنده تأکید دارد (دابسون و دوزویس، ۲۰۲۱). در این نوع درمان، درمانگران به طور مشترک با افراد کار می‌کنند تا به آن‌ها کمک کنند تا در مورد الگوهای فکری خودبینش پیدا کنند، رفتارهای ناسازگار را تشخیص دهند و راهبردهای مقابله‌ای مؤثری را توسعه دهند (بک، ۲۰۲۰). اکثر مطالعات از درمان شناختی- رفتاری به‌عنوان راهبرد درمانی غالب برای مدیریت خشم در نوجوانان استفاده می‌کنند (آنجاناپا و همکاران، ۲۰۲۰). اثربخشی این روش در کاهش پرخاشگری و بهبود مدیریت خشم نوجوانان در مطالعات متعددی (بیسادی، ۱۴۰۱؛ انخبات و همکاران، ۲۰۲۲؛ هیمسترا و همکاران، ۲۰۱۹؛ حسین‌مردی و خلعتبری، ۱۳۹۶؛ شابینا، ۲۰۱۶ و باتالگیز و همکاران، ۲۰۱۵) موردتأیید قرار گرفته است. همچنین تجزیه‌وتحلیل ۵۰ مطالعه شامل ۱۶۴۰ نفر در طول ۲۰ سال گذشته نشان داد که تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات خشم، ۷۶ درصد بیشتر از گروه گواه با میانگین اندازه اثر ۰/۷۰ بوده است (انخبات و همکاران، ۲۰۲۲).

در کنار این رویکردهای سنتی، درمان تلفیقی راه‌حل‌های روایتی[4] به‌عنوان یک مدل کوتاه‌مدت، متمرکز بر آینده و قدرت محور، بر کشف ترجیحات، موارد استثنا و منابع درونی فرد تأکید می‌کند. این رویکرد که ترکیبی از قالب‌بندی مجدد بازسازی رویکرد روایتی و راه‌حل‌محور

1. anger
2. adolescence
3. cognitive behavioral therapy
4. integrative therapy of narrative solutions

می‌باشد، باور دارد که مراجعان خود، راه‌حل‌های مشکلاتشان را دارند و درمانگر تنها تسهیل‌گر این کشف است (داگیرمانجیان و همکاران، ۲۰۰۷). این رویکرد درمانی کوتاه‌مدت، بهترین عناصر راهبردی و روایتی را با هم ترکیب می‌کند. این مدل یکپارچه در درمان طیف وسیعی از مشکلات بالینی مؤثر است و درمانگران را قادر می‌سازد تا ضمن تلاش برای تغییر رفتار در چارچوبی هدفمند، معانی را تغییر دهند (ارون و لاند، ۱۹۹۸). در این نوع درمان به‌جای تمرکز بر مشکلات و آسیب‌ها، بر توانمندی مراجعان و راه‌حل‌ها تأکید می‌شود. باور به تغییرپذیری انسان و القای روحیه امید به تغییر، هم در مشاور و هم در مراجع و محدودنکردن ذهن مشاور به نظام‌های تشخیصی اختلالات روانی و پرهیز از برچسب‌زنی به مراجعان و تأکید بر ویژگی‌های فردی مراجعان، این روش را انعطاف‌پذیر و کارآمد ساخته است (متکالف، ۲۰۱۷). در زمینه بررسی اثربخشی این نوع درمان بر مدیریت خشم نوجوانان، پژوهش خاصی یافت نشد، اما یافته‌های مطالعات مختلف همچون آرین‌فر و حسینیان (۱۳۹۸) و ناامنی و شیرآشیانی (۱۳۹۵) بیانگر این است که این نوع درمان در کنترل عواطف افراد به‌ویژه زوجین آشفته و زیرمقیاس‌های آن (خشم، عاطفه مثبت، خلق افسرده و اضطراب) کارساز می‌باشد.

علی‌رغم مطالعات فراوان انجام شده در زمینه بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کنترل خشم نوجوانان پسر، کمبود بررسی اثربخشی درمان‌های پست‌مدرن مانند راه‌حل‌های روایتی بر کنترل هیجانات به‌ویژه خشم در نوجوانان و مقایسهٔ اثربخشی آن با رویکردهای سنتی همچون درمان شناختی- رفتاری محسوس و قابل‌توجه است. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند بینش‌های ارزشمندی را در مورد مناسب‌سازی مداخلات درمانی برای مدیریت هیجانات به‌ویژه کنترل خشم در نوجوانان پسر ارائه دهد. باتوجه‌به نقش ناتوانی در کنترل خشم در بروز و تشدید آسیب‌های روانی و اجتماعی دورهٔ نوجوانی و ضرورت ایجاد مداخلات پیشگیرانه در این زمینه، پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سؤال اساسی است که آیا بین میزان اثربخشی درمان گروهی به شیوهٔ شناختی- رفتاری و روش تلفیقی راه‌حل‌های روایتی بر کنترل خشم دانش‌آموزان پسر در دورهٔ اول متوسطه تفاوت وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این طرح سه گروهی، مداخلات درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری و راه‌حل‌های روایتی به‌عنوان متغیر مستقل و سطح خشم به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جامعهٔ آماری پژوهش، شامل تمامی دانش‌آموزان پسر دورهٔ اول متوسطه در پایهٔ نهم شهر لاهیجان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ (۴۴۹ نفر) بود. باتوجه‌به این که طرح پژوهش حاضر از نوع آزمایشی بود و حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه شده است (دلاور، ۱۴۰۳)، حجم نمونهٔ آماری ۴۵ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود، به این صورت که در مرحلهٔ اول، سه مدرسه و در مرحلهٔ دوم از هر مدرسه یک کلاس و در ادامه، به‌صورت در دسترس ۴۵ دانش‌آموز انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (رویکرد شناختی- رفتاری و راه‌حل‌های روایتی) و یک گروه گمارش شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل جنسیت پسر، اشتغال به تحصیل در پایهٔ نهم دورهٔ اول متوسطه، رضایت آگاهانه و داوطلبانه دانش‌آموز و والدین وی جهت شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل گذراندن دورهٔ روان‌درمانی هم‌زمان با درمان‌های پژوهش حاضر، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و انجام ندادن تکالیف بود.

ب) ابزار

پرسش‌نامه ابراز خشم حالت- صفت-۲ کودک‌ونوجوان (STAXI-2 C/A)[1]: این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۹ توسط برنر و اسپیلبرگر ساخته شد و دارای ۳۵ گویه است و شامل ۵ مقیاس حالت خشم (۱۰ گویه)، صفت خشم (۱۰ گویه)، بیان خشم به‌طرف بیرون (۵ گویه)، بیان خشم به‌طرف درون (۵ گویه)، و کنترل خشم (۵ گویه) می‌باشد. در این پژوهش فقط از مقیاس کنترل خشم استفاده شده است که برای نمره‌گذاری آن، به خیلی کم (نمره ۱)، گاهی (نمره ۲) و بیشتر اوقات (نمره ۳) تعلق می‌گیرد. این پرسش‌نامه، امکان ارزیابی تجربه، بیان، کنترل و مهار خشم را در کودکان و نوجوانان فراهم می‌آورد و برای افراد ۹ تا ۱۸ ساله قابل اجرا است. برونر و اسپیلبرگر (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل جمعیت بهنجار در مقیاس

[1]. State-Trait Anger Expersion Inventory -2 Child and Adolescent

حالت خشم ۰/۸۷، صفت خشم ۰/۸۰، خشم به سمت بیرون ۰/۷۰، خشم به سمت درون ۰/۷۱، و کنترل خشم ۰/۷۹ گزارش کردند. اعتبارسنجی این پرسش‌نامه در ایران توسط برآبادی و حیدری‌نسب (۱۳۹۱) بر روی ۵۶۶ دانش‌آموز ۱۲ تا ۱۷ ساله به اجرا گذاشته شده است و آلفای کرونباخ آن را برای مقیاس حالت خشم ۰/۸۲، صفت خشم ۰/۷۴، خشم به سمت بیرون ۰/۲۸، خشم به سمت درون ۰/۱۷، و کنترل خشم ۰/۷۰ گزارش کردند.

ج) روش اجرا

قبل از اجرای پژوهش حاضر، ساختار درمانی روش‌های درمانی برای گروه آزمایش اول (درمان شناختی- رفتاری گروهی) و گروه آزمایش دوم (راه‌حل‌های روایتی گروهی) تهیه شد. سپس مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات و آموزش‌وپرورش شهرستان لاهیجان اخذ شده و به مدارس جامعهٔ آماری این پژوهش (عبدالرزاق، شهید مفتح و پورخصالیان) مراجعه شد و هماهنگی‌های لازم با مدیران و مشاوران مدارس مذکور جهت اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون، برگزاری جلسهٔ توجیهی حضوری به‌صورت انفرادی و جلسات مشاوره گروهی به‌صورت حضوری و مجازی انجام شد (بعضی جلسات گروهی به علت تعطیلی مدارس در ایام کرونا به‌صورت مجازی و برخی جلسات دیگر نیز به‌صورت حضوری برگزار شد). در ادامه، دانش‌آموزان نمونهٔ آماری پژوهش به‌صورت انفرادی به جلسه توجیهی در مکان مدرسه دعوت شدند. در جلسه توجیهی ضمن تشریح اهداف پژوهش، چگونگی و شرایط شرکت در جلسات مشاوره گروهی به‌تفصیل شرح داده شد. همچنین در این جلسه، رضایت‌نامه کتبی والدین دانش‌آموز برای شرکت در پژوهش، تحویل اعضا شد که علاوه بر امضای دانش‌آموز شرکت‌کننده، به امضای والدین نیز رسید. در ادامه، مقیاس کنترل خشم به‌عنوان پیش‌آزمون در جلسه توجیهی به‌صورت انفرادی توسط دانش‌آموزان نمونه آماری پژوهش تکمیل شد. در جلسات توجیهی، در مورد شیوهٔ کار و فعالیت در گروه، قوانین و مقررات گروه و روش‌های درمانی انتخاب شده، توضیحاتی به شرکت‌کنندگان ارائه شد. سپس ۴۵ نفر نمونهٔ آماری به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه (۱۵ نفر) گمارش شدند. برای جبران هزینه، ترغیب و تسهیل شرکت اعضا در جلسات گروهی که به‌صورت مجازی در سایت آدوبی کانکت انجام شد در مرحله اول، شماره تلفن همراه تمامی نفرات انتخاب شده هرکدام به مبلغ بیست هزار تومان جهت خرید اینترنت، شارژ شد، و قرار شد پس از برگزاری تعدادی از جلسات، بیست هزار تومان دیگر شارژ انجام شود. البته لازم به ذکر است که شش جلسه در دو ماه پایانی سال ۱۴۰۱ به‌صورت مجازی و سه جلسه نیز در اوایل سال ۱۴۰۲ به‌صورت حضوری برگزار شد. پس از پایان جلسات درمانی، با استفاده از مقیاس کنترل خشم، پس‌آزمون برای هر سه گروه برگزار شد. جلسات درمان شناختی- رفتاری گروهی بر اساس الگوی هافمن (هافمن و اتو، ۲۰۰۸) در ۱۰ جلسهٔ هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اول برگزار شد که خلاصه جلسات آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. پروتکل درمان شناختی- رفتاری بر اساس مدل هافمن (هافمن و اتو، ۲۰۰۸)

جلسات	خلاصه محتوای جلسات	تکالیف
اول	آشنایی با اعضا، ایجاد رابطهٔ درمانی، ارائه قواعد و هنجارهای گروه، معرفی مدل درمانی، تعیین اهداف کلی جلسات	تمرین شناسایی حوزه‌های مشکل
دوم	آموزش مدل شناختی- رفتاری، تصویرسازی ذهنی	نوشتن اهداف توسط اعضای گروه
سوم	شناسایی باورهای بنیادین و افکار خودشکن، جایگزینی افکار واقع‌بینانه، ریلکسیشن و حل مسئله	تمرین شناسایی باورهای بنیادین و جایگزینی افکار
چهارم	آموزش هیجانات و اثرات مثبت و منفی و مهارت کنترل آن، سبک تفکر توأم با خطا، تصویرسازی	نوشتن افکار و باورهای منفی خود در مورد کلاس
پنجم	شناخت پیوند باورها و رفتارها، تمرین القای فکر، تصویرسازی ذهنی	نوشتن سه مورد از واکنش‌های منفی خود در یک ماه اخیر
ششم	شناخت افکار خودآیند و تحریف‌های شناختی، الگودهی و ایفای نقش	نوشتن و شناسایی افکار خودآیند خود را در طول هفته
هفتم	خشم در مدل ABC، توجه به افکار و باورهای قبل از پرخاشگری، آرام‌سازی با تنفس عمیق	نوشتن عوامل پرخاشگری در طول هفته
هشتم	تقویت بازسازی شناختی و تغییر باورها، مهارت‌های درون و برون فردی، مهارت بیان و ایفای نقش	پرسیدن و پاسخ دادن به سؤال معلم در پنج نوبت در طول هفته
نهم	بیان خلاصه جلسات قبل، بررسی پیشرفت در دست‌یابی به اهداف، بیان گفته نشده‌ها، انتقال یاد گرفته‌ها به زندگی واقعی، بررسی احساسات در مورد پایان جلسات	اجرای پس‌آزمون
دهم	یادآوری و گزارش تغییرات، تقویت اجتماعی و خودتقویتی اعضا، پذیرش مسئولیت و تغییر و حفظ تداوم آن.	

همچنین جلسات درمان تلفیقی راه‌حل‌های روایتی بر اساس الگوهای درمانی راه‌حل‌های روایتی (ارون و لاند، ۱۹۹۸) در ۱۰ جلسهٔ هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش دوم برگزار شد که خلاصه جلسات آن در جدول ۲ ارائه شده است. لازم به ذکر است برای تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌های پژوهش حاضر از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی با استفاده از نسخهٔ ۲۶ نرم‌افزار SPSS بهره گرفته شد.

جدول ۲. پروتکل تلفیقی راه‌حل‌های روایتی (ارون و لاند، ۱۹۹۸).

جلسات	خلاصه محتوای جلسات	تکالیف
اول	آشنایی با اعضا، ایجاد رابطهٔ درمانی، ارائه قواعد و هنجارهای گروه، مشارکت اعضا در تعیین اهداف، ایجاد حس امیدواری برای تغییر، احساس امنیت و ایجاد همبستگی	
دوم	آموزش با مدل راه‌حل‌های روایتی، آشناکردن اعضا با ترجیحات و ادراکات شان و میزان انفصال آن‌ها، بازخوردهای اعضا	
سوم	ترغیب اعضا در بیان داستان‌های خود، توجه به ترجیحات و امیدهای اعضا، شناسایی کیفیت‌های ارجحیت دار اعضا	
چهارم	بازسازی داستان‌ها و داستان‌های جدید، گسترش حالات خوب، بررسی اثرات رفتاربرخود و دیگران	مواقع بهترین احساس اعضا و چگونگی شرایط آن
پنجم	تغییر نگرش به سمت مثبت به‌ویژه در ادراکات، بررسی همسویی تا ناهمسویی حالات اعضا با ترجیحاتشان	نوشتن موارد استثنا زندگی اعضا
ششم	رابطهٔ بین ترجیحات و خشم و پرخاشگری اعضا، چگونگی گسترش موارد استثنا، بازخوردهای اعضا	نوشتن موارد رخ داده در کلاس و مدرسه برخلاف میل اعضا
هفتم	ترجیحات و اثرات آن در موقعیت‌ها و چگونگی تحقق آن‌ها	نوشتن زمان‌های اضطراب و میزان اضطراب
هشتم	برانگیختگی و تقویت تغییر، اجرای پرسش‌های معماگونه، اجرای فن معجزه‌آسا، یافتن تبیین‌های جایگزین	یافتن تبیین‌های جایگزین و چگونگی تبیین‌ها
نهم	بیان خلاصه جلسات قبل، بررسی پیشرفت در دست‌یابی به اهداف، بیان گفته نشده‌ها، انتقال یاد گرفته‌ها به زندگی واقعی، بررسی احساسات در خصوص پایان جلسات	اجرای پس‌آزمون
دهم	یادآوری و گزارش تغییرات، بحث در مورد ترجیحات و امیدها و چگونگی گزارش آن به دیگران و ترغیب اعضا به این فعالیت	

یافته¬ها

در مجموع، ۴۵ دانش‌آموز پسر پایهٔ نهم دورهٔ اول متوسطه شهر لاهیجان با دامنهٔ سنی ۱۴ تا ۱۵ سال در پژوهش حاضر مشارکت کردند. شاخص توصیفی متغیر کنترل خشم به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیر کنترل خشم به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مقیاس‌ها	مرحله	شناختی- رفتاری		راه‌حل‌های روایتی		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خشم حالت	پیش‌آزمون	۲۶/۵۸	۶/۳	۲۶/۱۳	۴/۶	۲۰/۳۹	۶/۵
	پس‌آزمون	۱۶/۳۷	۵/۳	۱۸/۳	۲/۳	۲۱/۵۳	۴/۲
خشم صفت	پیش‌آزمون	۲۱/۷	۶/۹	۲۰/۴۱	۶/۷	۱۷/۶۸	۳/۸
	پس‌آزمون	۱۲/۰۸	۲/۳	۱۳/۰۹	۱/۹	۱۶/۵۷	۴/۲
بیان خشم به‌طرف بیرون	پیش‌آزمون	۱۹/۹۲	۱/۹	۱۸/۶۷	۱/۶	۱۸	۱/۳
	پس‌آزمون	۱۱/۹۲	۰/۸	۱۲/۳۳	۱/۴	۱۷/۵۸	۱/۶
بیان خشم به‌طرف درون	پیش‌آزمون	۱۸/۸۳	۲/۳	۱۸/۰۸	۱/۲	۱۶/۶۷	۲/۲
	پس‌آزمون	۱۰/۵	۰/۹	۱۱/۰۸	۰/۹	۱۶/۲۵	۲/۱
کنترل خشم	پیش‌آزمون	۱۶/۶۷	۲/۹	۱۷/۷۵	۲/۵	۱۶/۳۳	۳/۲

مقیاس‌ها	مرحله	شناختی- رفتاری		راه‌حل‌های روایتی		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمرهٔ خشم کل	پس‌آزمون	۱۲/۲۵	۳/۱	۱۲/۷۵	۲/۹	۱۵/۶۷	۴
	پیش‌آزمون	۱۰۳/۷	۱۴/۴	۱۰۱/۰۴	۹/۹	۸۹/۷	۷/۹
	پس‌آزمون	۶۳/۴۷	۷/۷	۶۷/۵۶	۳/۷	۸۷/۶	۷/۶

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین متغیر نمرهٔ کل کنترل خشم و مقیاس‌های پنج‌گانه آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون کاهش یافته است. در مقابل، تغییرات مشابهی در مراحل یاد شده در گروه گواه مشاهده نشد. ازسوی‌دیگر، قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد تمامی مقیاس‌های متغیر کنترل خشم دارای توزیع نرمال بودند (P>۰/۰۵). همچنین به‌منظور بررسی شرایط برقراری تساوی واریانس‌های سه گروه از آزمون آماری لون استفاده شد. نتایج این آزمون حاکی از تحقق مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها در تمامی مراحل آزمون بود (P> ۰/۰۵). همچنین جهت بررسی مفروضهٔ همگنی ماتریس‌های واریانس از آزمون ام. باکس استفاده شد که نتایج آن نیز نشان داد که فرض همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس محقق شده است (P> ۰/۰۵). علاوه بر این، بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون (Sig=۰/۰۷۴، F=۲/۵۵۲) نشان داد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحلهٔ پس‌آزمون در متغیر کنترل خشم معنادار نبود (P>۰/۰۵). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیر کنترل خشم برقرار بود. در نهایت، بر اساس بررسی همگنی شیب رگرسیون، مقدار P برای تمامی موارد بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، لذا فرض صفر رد نشده و پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون کنترل خشم در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ٤. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمره پیش‌آزمون –پس‌آزمون کنترل خشم

مقیاس‌ها	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
خشم حالت	گروه	۸۳	۲	۴۱/۵	۷/۰۳	۰/۰۰۳	۰/۳۳
خشم صفت	گروه	۱۸۶/۴۶	۲	۹۳/۲۳	۹/۷۷	۰۰/۰۰۱	۰/۴۱
بیان خشم به‌طرف بیرون	گروه	۱۷۶/۱۶	۲	۸۸/۰۸	۵۹/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱
بیان خشم به‌طرف درون	گروه	۲۲۲/۶	۲	۱۱۱/۳	۶۱/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱
کنترل خشم	گروه	۸۳/۷۶	۲	۴۱/۸۸	۴/۹۸	۰/۰۱۴	۰/۲۶
نمرهٔ خشم کل	گروه	۴۳۹۹/۹	۲	۲۱۹۹/۹	۵۶/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری به‌دست‌آمده (P=۰/۰۰۱) از سطح معناداری آلفا ۰/۰۵ کوچک‌تر است؛ لذا نتایج نشان می‌دهد حداقل میان دو گروه از گروه‌های سه‌گانه از نظر کنترل خشم و مقیاس‌های آن، تفاوت معنادار بود. میزان تأثیر این مداخلات در مرحلهٔ پس‌آزمون نیز در جدول مشاهده می‌شود. بر اساس نتایج جدول مذکور مقدار F در مقیاس خشم حالت با مقدار (η^2 =۰/۳۳، P=۰/۰۰۳، F=۷/۰۳)، در مقیاس خشم صفت با مقدار (η^2 =۰/۴۱، P=۰/۰۰۱ ، F=۹/۷۷)، در مقیاس بیان خشم به‌طرف بیرون با مقدار (η^2 =۰/۸۱، P=۰/۰۰۱، F=۵۹/۵۶)، در متغیر بیان خشم به‌طرف درون با مقدار (η^2 =۰/۸۱، P=۰/۰۰۱، F=۶۱/۵۷)، و در متغیر کنترل خشم با مقدار (η^2 =۰/۷۸، P=۰/۰۱۴ ، F=۴/۹۸)، می‌باشد که نشان می‌دهد تمامی مقیاس‌ها در سطح α=۰/۰۵ معنادار است. به‌منظور بررسی بیشتر و این که بین کدام یک از گروه‌ها، تفاوت معنادار وجود دارد و به‌منظور تشخیص تفاوت‌ها دو به دوی گروه‌های سه‌گانه از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه دو به دو مقیاس‌های متغیر کنترل خشم

مقیاس‌ها	مقایسهٔ زوجی		اختلاف میانگین	انحراف میانگین	سطح معناداری
خشم حالت	شناختی- رفتاری	گروه گواه	-۳/۹۵	۱/۱۴	۰/۰۰۵
	راه‌حل‌های روایتی	گروه گواه	-۳/۴۴	۱/۱	۰/۰۱۲
	شناختی- رفتاری	راه‌حل‌های روایتی	-۰/۵۱	۱/۰۵	۱
خشم صفت	شناختی- رفتاری	گروه گواه	-۵/۸۵	۱/۴۵	۰/۰۰۱
	راه‌حل‌های روایتی	گروه گواه	-۵/۲۴	۱/۴	۰/۰۰۳
	شناختی- رفتاری	راه‌حل‌های روایتی	-۰/۶۲	۱/۳۴	۱
بیان خشم به‌طرف بیرون	شناختی- رفتاری	گروه گواه	-۵/۶۷	۰/۵۷	۰/۰۰۱
	راه‌حل‌های روایتی	گروه گواه	-۵/۱۱	۰/۵۵	۰/۰۰۱
	شناختی- رفتاری	راه‌حل‌های روایتی	-۰/۵۵	۰/۵۳	۰/۹۰۵
بیان خشم به‌طرف درون	شناختی- رفتاری	گروه گواه	-۶/۳۷	۰/۶۳	۰/۰۰۱
	راه‌حل‌های روایتی	گروه گواه	-۵/۷۵	۰/۶۱	۰/۰۰۱
	شناختی- رفتاری	راه‌حل‌های روایتی	-۰/۶۲	۰/۵۸	۰/۸۹۳
کنترل خشم	شناختی- رفتاری	گروه گواه	-۳/۵۸	۱/۳۶	۰/۰۴۱
	راه‌حل‌های روایتی	گروه گواه	-۳/۸۳	۱/۳۱	۰۰/۰۲۱
	شناختی- رفتاری	راه‌حل‌های روایتی	۰/۲۵	۱/۲۶	۱
نمرهٔ خشم کل	شناختی- رفتاری	گروه گواه	-۲۷/۹۷	۲/۷۹	۰/۰۰۱
	راه‌حل‌های روایتی	گروه گواه	۲۳/۳۷	۲/۶۹	۰/۰۰۱
	شناختی- رفتاری	راه‌حل‌های روایتی	-۴/۶۰	۲/۵۵	۰/۲۴۴

همان‌گونه که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت میانگین درمان گروهی شناختی- رفتاری و روش تلفیقی راه‌حل‌های روایتی در مقایسه با گروه گواه در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($P<۰/۰۱$) معنادار می‌باشد. همچنین میزان تفاوت ایجاد شده در نمرات کنترل خشم تحت‌تأثیر دو روش گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و تلفیقی راه‌حل‌های روایتی در حد ناچیزی بوده و معنادار نمی‌باشد. ازاین‌رو، باتوجه‌به نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی در پاسخ به سؤال اصلی پژوهشی، می‌توان بیان کرد که علاوه بر اثربخشی معنادار هر دو روش مداخله شناختی- رفتاری و روش تلفیقی راه‌حل‌های روایتی بر میزان کنترل خشم دانش‌آموزان و مقیاس‌های آن، تفاوت معناداری بین میزان اثرگذاری روش‌های مداخلهٔ شناختی- رفتاری و تلفیقی راه‌حل‌های روایتی در کنترل خشم دانش‌آموزان نبود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف مقایسهٔ اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و تلفیقی راه‌حل‌های روایتی بر کنترل خشم دانش‌آموزان پسر پایهٔ نهم دورهٔ اول متوسطه انجام شد. اولین یافتهٔ پژوهش حاضر نشان داد که درمان‌گروهی شناختی- رفتاری در نمرهٔ خشم کل و مقیاس‌های آن (خشم حالت، خشم صفت، بیان خشم به‌طرف بیرون، بیان خشم به‌طرف درون و کنترل خشم) نسبت به گروه گواه کاهش معناداری ایجاد نمود. این یافته با نتایج مطالعات بیسادی (۱۴۰۱)؛ انخبات و همکاران (۲۰۲۲)؛ هیمسترا و همکاران (۲۰۱۹)؛ حسین‌مردی و خلعتبری (۱۳۹۶)؛ شابینا (۲۰۱۶) و باتالگیز و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت؛ درمان شناختی- رفتاری گروهی یک مداخله روان‌شناختی ساختار یافته و مبتنی بر شواهد است که به طور گسترده‌ای برای مدیریت و کاهش خشم مورد استفاده قرار می‌گیرد. این درمان بر این فرضیه استوار است که افکار، احساسات و رفتارها به هم مرتبط هستند و با تغییر الگوهای فکری و رفتاری ناسازگار، می‌توان هیجاناتی مانند خشم را مدیریت کرد. هنگامی که این درمان در قالب گروهی ارائه می‌شود، مزایایی همچون

ایجاد حس همبستگی، یادگیری مشاهده‌ای و دریافت بازخورد از سایر اعضا را نیز به همراه دارد. درمان شناختی- رفتاری گروهی با آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری شامل بازسازی شناختی (شناسایی و تغییر افکار تحریف شده محرک خشم)، آموزش آرام‌سازی (مثل تنفس دیافراگمی و آرام‌سازی عضلانی)، حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی (مانند ابراز وجود به‌جای پرخاشگری) در کاهش خشم بسیار مؤثر است. انجام این تمرینات در یک گروه، امکان مدل‌سازی، تمرین نقش و دریافت حمایت را برای اعضای گروه فراهم می‌آورد (نیکولز، ۲۰۱۶). مشاوره گروهی شناختی- رفتاری به افراد کمک می‌کند در مؤلفه خشم حالت؛ از تکنیک‌های شناختی (مانند ارزیابی مجدد موقعیت) و فیزیولوژیکی (مانند آرام‌سازی) برای کاهش شدت برانگیختگی هیجانی لحظه‌ای استفاده کنند (دفنباخر و همکاران، ۲۰۰۲). در مؤلفه خشم صفت؛ باهدف قرار دادن باورهای عمیق‌تر و طرحواره‌های شناختی فرد (مانند "همه باید منصفانه با من رفتار کنند") که پایه و اساس خشم صفت هستند، عمل می‌کند. گروه‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا این الگوهای فکری ثابت را شناسایی کرده و به چالش بکشند و باورهای انعطاف‌پذیرتر و واقع‌بینانه‌تری را جایگزین کنند (بک و فرناندز، ۱۹۹۸). مؤلفه بیان خشم به‌طرف بیرون؛ به طور مستقیم بر مدیریت رفتارهای پرخاشگرانه تمرکز دارد. شرکت‌کنندگان می‌آموزند که به‌جای پاسخ‌های تکانشی، از مهارت‌های جایگزین مانند ابراز وجود محترمانه، مکث و شمارش و خروج از موقعیت استفاده کنند (دل وکیو، ۲۰۰۴). همچنین در مؤلفه بیان خشم به‌طرف درون؛ با ایجاد یک فضای حمایتی و غیرقضاوت‌کننده، به افراد کمک می‌کند تا احساس خشم خود را به رسمیت بشناسند و به شیوه‌ای سالم و امن آن را ابراز کنند. تکنیک‌های بازسازی شناختی به فرد کمک می‌کند تا از احساس گناه یا ترس مرتبط با ابراز خشم رها شود و آن را به‌صورت سازنده‌تری مدیریت نماید، و از درون‌ریزی آن جلوگیری کند (ناصری و همکاران، ۱۳۹۵). علاوه بر این در مؤلفه کنترل خشم؛ درمان شناختی رفتاری به شناسایی افکار، باورها و معناهایی می‌پردازد که وقتی افراد خشمگین می‌شوند و احساس خوبی ندارند، فعال می‌شوند. از دیدگاه شناختی، افراد پرخاشگر در مراحل پردازش اطلاعات اجتماعی مشکل دارند. این افراد معمولاً دارای اسنادهای کینه توزانه بوده و از مهارت‌های سازگارانه حل مسئله برخوردار نیستند و هنگامی که از نظر فیزیولوژیکی برانگیخته می‌شوند، به‌صورت تکانشی عمل می‌کنند. مداخلات شناختی- رفتاری باعث افزایش خودآگاهی و ایجاد انگیزه در جهت اعمال کنترل بیشتر بر رفتار، کلام و خشم افراد می‌شود (بیسادی، ۱۴۰۱).

یافتهٔ دیگر این پژوهش نشان داد که مشاورهٔ گروهی تلفیقی راه‌حل‌های روایتی در نمرهٔ خشم کل و مقیاس‌های پنج‌گانه آن (خشم حالت، خشم صفت، بیان خشم به‌طرف بیرون، بیان خشم به‌طرف درون و کنترل خشم) نسبت به گروه گواه، کاهش معناداری ایجاد کرده است. جستجوی پژوهشگران در مورد این یافته، مطالعهٔ خاصی را یافت نکرد، اما این یافته به طور غیرمستقیم با نتایج مطالعات آرین‌فر و حسینیان (۱۳۹۸) و نامنی و شیرآشیانی (۱۳۹۵) همسو است. در تبیین این بافته می‌توان گفت، درمان راه‌حل‌های روایتی بر این اصل استوار است که افراد زندگی و هویت خود را از طریق ترجیحات می‌سازند و تفسیر می‌کنند. زمانی که فرد با مشکل مواجه می‌شود (مانند مشکل خشم)، این مشکل می‌تواند ترجیح مسلط زندگی او شود و بر هویت او سایه بیندازد. راه‌حل‌های روایتی گروهی این فرایند را در یک بافت جمعی قرار می‌دهد. در این روش، گروه به اعضا کمک می‌کند تا ترجیحات مسلط و مشکل‌ساز خود درباره خشم را بازشناسی و بازگو کنند. سپس، در یک فرایند مشارکتی، به بازآفرینی ترجیحات جایگزین و غنی‌تری می‌پردازند که در آن فرد به‌جای یک «شخص عصبانی»، یک «شخصی که گاهی خشم را تجربه می‌کند ولی بر آن مسلط است» دیده می‌شود. در این راستا، فرایند برون‌سازی مشکل (یعنی جدا کردن هویت فرد از مشکل خشم) کلیدی است. اعضای گروه به‌عنوان شنوندگان همدل و راویان همکار، در کشف و تقویت این ترجیحات جدید به سایر اعضا کمک می‌کنند (وایت و اپستون، ۱۹۹۰). همچنین به نظر می‌رسد عواطف نابهنجاری همچون خشم، از راه خلق داستان به معنای جدید تغییر می‌یابند. در درمان راه‌حل‌های روایتی به افراد کمک می‌شود تا به تجارب ناقص خویش، کلیت و معنای خاص ببخشند. به همین منظور در جلسات درمانی از اعضا خواسته می‌شود تا داستان‌های خود را به زبانی تازه شرح داده و برای افکار، احساسات و رفتاری مشکل آفرین، معنای تازه‌ای به وجود آورند (آرین‌فر و حسینیان، ۱۳۹۸). ازسوی‌دیگر، در جریان جلسات گروهی فرد می‌تواند ترجیحات و داستان‌های جدیدی درباره «قدرت» و «عدالت» بسازد که بر پایه ابراز وجود محترمانه و ارتباط مؤثر استوار باشد، نه پرخاشگری. همچنین بازخورد سایر اعضا در مورد

تأثیر پرخاشگری، به فرد کمک می‌کند تا عواقب این رفتار را در داستان زندگی خود ببیند و آن را تغییر دهد (آلن، ۲۰۱۱).

یافتهٔ آخر پژوهش حاضر نیز نشان داد که بین اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری و روش تلفیقی راه‌حل‌های روایتی بر کنترل خشم و مقیاس‌های پنج‌گانه آن (خشم حالت، خشم صفت، بیان خشم به‌طرف بیرون، بیان خشم به‌طرف درون و کنترل خشم) تفاوت معناداری وجود ندارد. در تبیین این یافته نیز باید اشاره کرد که اگر چه رویکرد شناختی- رفتاری از پشتوانهٔ شواهد پژوهشی بسیار خوبی برخوردار است، اما درمان تلفیقی راه‌حل‌های روایتی نیز به‌عنوان یک نوع درمان پست‌مدرن، باور دارد که مراجعان خود راه‌حل‌های مشکلاتشان را دارند و درمانگر تنها تسهیل‌گر این کشف است. این نوع درمان به دلیل غیرتهدیدآمیز بودن و تمرکز بر نقاط قوت، می‌تواند برای نوجوانان که نسبت به برچسب خوردن حساس هستند، جذاب و کاربردی باشد که این امر نیز بر اثربخشی این روش درمانی بر کنترل خشم نوجوانان مؤثر است.

پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها از محدودیت‌های خاصی برخوردار بود که می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر بگذارد. از جمله این که به دلیل شرایط جامعهٔ آماری، همتا نبودن شرکت‌کنندگان در سه گروه به لحاظ برخی ملاک‌های غیرقابل‌کنترل و عدم اجرای مرحلهٔ پیگیری، از محدودیت‌های اصلی پژوهش حاضر بوده است. همچنین با توجه عدم حضور دختران در پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی نمونهٔ دختران نیز به‌صورت حضوری اجرا شده و نتایج و تفاوت‌های احتمالی بر اساس عامل جنسیت مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، محدودیت جامعهٔ آماری به دانش‌آموزان پسر پایهٔ نهم دورهٔ اول متوسطه در شهر لاهیجان، ممکن است نتایج را غیرقابل تعمیم به دیگر مناطق جغرافیایی یا سایر پایه‌های تحصیلی و گروه‌های سنی کند.

باتوجه‌به تأیید اثربخشی هر دو روش (درمان شناختی- رفتاری و درمان تلفیقی راه‌حل‌های روایتی) بر کنترل خشم دانش‌آموزان پایهٔ نهم، پیشنهاد می‌شود مشاوران مدارس از روش‌های درمانی مذکور جهت آموزش کنترل خشم به نوجوانان استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان دربارهٔ رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب پایان نامهٔ دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسندهٔ اول این مقاله به‌عنوان پژوهشگر اصلی، نویسندگان دوم و سوم به‌عنوان اساتید راهنما و نویسندهٔ چهارم نیز به‌عنوان استاد مشاور در این پژوهش نقش داشتند.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی دانش‌آموزانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

آرین‌فر، نیره و حسینیان، سیمین (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی راه‌حل مدار- روایتی و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی بر سرزندگی و کنترل عواطف زوجین آشفته. *مطالعات زن و خانواده*، ۷(۳)، ۵۱-۸۲. https://doi.org/10.22051/jwfs.2019.23541.1951

برآبادی، اعظم و حیدری‌نسب، لیلا (۱۳۹۱). اعتبارسنجی مقدماتی پرسش‌نامه حالت - صفت و بیان خشم کودک‌ونوجوان در نمونه‌ای از دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۷ ساله ایرانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۰(۳)، ۲۸۱-۲۹۱. https://jsums.medsab.ac.ir/article_339.html

بیسادی، سمیرا (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری بر کنترل خشم و اعتیادپذیری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۱۵ (۱۹). http://jnip.ir/article-1-919-fa.html

حسین مردی، علی اصغر و خلعتبری، جواد (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خشم دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهر تهران. *مجله علمی پژوهان*، ۱۶ (۲)، ۵۹-۶۶. https://doi.org/10.22034/IJRN.10.2.10

دلاور، علی (۱۴۰۳). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: انتشارات ویرایش.

نامنی، ابراهیم و شیرآشیانی، آزاده (۱۳۹۵). اثربخشی ترکیب دو روش درمانی راه‌حل مدار و روایتی بر سرزندگی و کنترل عواطف در زنان متقاضی طلاق. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۷)، ۱۴۹-۱۶۹. https://doi.org/10.22054/qccpc.2016.6735

References

Allen, M. (2011). *Narrative therapy for women experiencing domestic violence: Supporting women's transitions from abuse to safety*. Jessica Kingsley Publishers.

Anjanappa, S., Govindan, R., & Munivenkatappa, M. (2020). Anger management in adolescents: A systematic review. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*, 17(1), 51-56. https://doi.org/10.4103/IOPN.IOPN_37_19

Arianfar, N. & Hoseinian, S. (2019). The comparison of the effectiveness of Solution- Focused Narrative Couple Therapy with Brief Self- Regulation Couple Therapy on liveliness and affections control of distressed couples. *Journal of Woman and Family Studies*, 7(3), 51-82. [Persian] https://doi.org/10.22051/jwfs.2019.23541.1951

Aswini P, Hemalatha B, Sandhiya V, Sarina Ruby S, N. Priyadarshini, Hareesh A. (2025). Awareness on Anger Management Among Allied Health Science Students. *TPM – Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 32(S5 (2025): Posted 03 August), 164–175. https://tpmap.org/submission/index.php/tpm/article/view/1345

Barabadi, A., & Heidari nasab, L. (2013). Preliminary validation of the questionnaire State-Trait Anger Experssion Inventory -2 Child and Adolescent (STAXI-2 C/A) amongst a sample of Iranian students aged 12-17 years. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 20(3), 281-291. [Persian] https://jsums.medsab.ac.ir/article_339.html

Battagliese, G., Caccetta, M., Luppino, O. I., Baglioni, C., Cardi, V., Mancini, F., & Buonanno, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour research and therapy*, 75, 60-71. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.008

Beck, J. S. (2020). C*ognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Publications.

Beck, R., & Fernandez, E. (1398). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive therapy and research*, 22(1), 63-74. https://doi.org/10.1023/A:1018763902991

Bisadi S. (2023). The effectiveness of Cognitive Behavioral Skills Training on Anger Control and Addiction Potential among Middle School Female Students in Tehran. *Journal of Psychology New Ideas*, 15 (19). http://jnip.ir/article-1-919-fa.html

Brunner TM., Spielbeger CD. (2009). State-Trait Anger Expression Inventory -2 child and adolescent (STAXI-2 C/A) professional manual. *Psychological Assessment Resources*, inc (PAR).

Dagirmanjian, S., Eron, J., & Lund, T. (2007). Narrative solutions: An integration of self and systems perspectives in motivating change. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(1), 70. https://doi.org/10.1037/1053-0479.17.1.70

Deffenbacher, J. L., Filetti, L. B., Lynch, R. S., Dahlen, E. R., & Oetting, E. R. (2002). Cognitive-behavioral treatment of high anger drivers. *Behaviour Research and therapy*, 40(8), 895-910. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00067-5

Del Vecchio, T., & O'Leary, K. D. (2004). Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 24(1), 15-34. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.09.006

Delavar, A. (2024). *Research Method in Psychology and Educational Sciences*. Tehran: Virayesh Publications. [Persian]

Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (Eds.). (2021). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Guilford Publications.

Ellis, J. D., & Grekin, E. R. (2021). The effects of anger on alcohol demand and subjective alcohol craving. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 45(2), 436-445. https://doi.org/10.1111/acer.14531

Enkhbat, D., Munkhnasan, D. E. D., & Dashjamts, T. (2022). Cognitive behavioral therapy (CBT) based anger management program among adolescents. International *Journal of Social Science and Humanities Research-MIYR*, 2(3), 1-12. https://doi.org/10.53468/mifyr.2022.02.03.01

Eron, J. B., & Lund, T. W. (1998). *Narrative solutions in brief therapy*. Guilford Press.

Garner, P. W., & Hinton, T. S. (2010). Emotional display rules and emotion self-regulation: Associations with bullying and victimization in community-based after school programs. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 20(6), 480-496. https://doi.org/10.1002/casp.1057

Hardin, K. M., Contreras, I. M., Kosiak, K., & Novaco, R. W. (2022). Anger rumination and imagined violence as related to violent behavior before and after psychiatric hospitalization. *Journal of Clinical Psychology*, 78(9), 1878-1895.https://doi.org/10.1002/jclp.23334

Hiemstra, W., De Castro, B. O., & Thomaes, S. (2019). Reducing aggressive children's hostile attributions: A cognitive bias modification procedure. *Cognitive therapy and research*, 43(2), 387-398. https://doi.org/10.1007/s10608-018-9958-x

Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence-based and disorder-specific treatment techniques*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203927526

Hossein Mardi A A, Khalatbari J. (2018). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Rate of Anger in High School Students in Tehran. *Pajouhan Sci J*, 16 (2), 59-66. [Persian] https://doi.org/10.21859/psj.16.2.59

Lök, N., Bademli, K., & Canbaz, M. (2018). The effects of anger management education on adolescents' manner of displaying anger and self-esteem: A randomized controlled trial. *Archives of psychiatric nursing*, 32(1), 75-81. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.10.010

Metcalf, L. (2017). *Solution focused narrative therapy*. Springer Publishing Company.

Naeimi, E. and Shirashtiani, A. (2016). The effectiveness of the combination of solution-focused therapy and narrative therapy on vitality and emotional control in divorce applicant women. *Counseling Culture and Psycotherapy*, 7(27), 149-169. [Persian] http://dx.doi.org/10.22054/qccpc.2016.6735

Nichols, M. P. (2016). Family therapy: Concepts and methods. Pearson Higher Ed.

Novaco, R. W. (2016). Anger. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 285–292). Elsevier Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00035-2

Shubina, I. (2016). Counseling and therapy of patients with behavioural disorders using the cognitive-behavioural approach. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 217, 1008-1018. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.094

Smith, D. C., Davis, J. P., Ureche, D. J., & Tabb, K. M. (2015). Normative feedback and adolescent readiness to change: A small randomized trial. *Research on Social Work Practice*, 25(7), 801-814. https://doi.org/10.1177/1049731514535851

Steinberg, L. D. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Houghton Mifflin Harcourt.

Tobe, H., Soejima, T., Kita, S., Sato, I., Morisaki-Nakamura, M., Kamibeppu, K.,... & Emori, Y. (2022). How participating in a group-based anger management program changed Japanese mothers' cognition, attitude, and behavior: A pre-post pilot study. *Mental Health & Prevention*, 25, 200228. https://doi.org/10.1016/j.mhp.2021.200228

Tosun, U. (2014). Anger management of students for a peaceful school environment: the group studies. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 686-690. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.469

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. WW Norton & Company.