مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت

دوره ۱۲، شماره ٤، زمستان ١٤٠٤

اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجانی و خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۷ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۱۹

بتسابه نجف [۱]، نرگس رسولی [۲*]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران ۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: اختلال استرس پس از سانحه با نقایص شدید در خودتنظیمی هیجانی و سطوح بالای خشم همراه است که پاسخ به درمان را دشوار می‌سازد. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود خودتنظیمی هیجانی و کاهش خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون–پیگیری (دو ماهه) با گروه گواه انجام شد. با نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش پروتکل ۸ جلسه‌ای درمان یکپارچه فراتشخیصی را به صورت گروهی دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) و پرسشنامه چندبعدی خشم سیگل (۱۹۸۶) در سه مرحله گردآوری و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار SPSS.v26 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اثر تعامل معنادار زمان × گروه را برای خودتنظیمی هیجانی (F=۲۰/۲۴۶؛ p <۰/۰۵) و خشم (F=۸۰/۳۵۹؛ p<۰/۰۵) نشان داد. آزمون‌های تعقیبی بونفرونی حاکی از بهبود معنادار گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در هر دو متغیر بود (p<۰/۰۵) و این بهبود در مرحله پیگیری دو ماهه نیز پایدار باقی ماند (p<۰/۰۵) درحالی‌که گروه گواه تغییر معناداری را تجربه نکرد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد درمان یکپارچه فراتشخیصی مداخله‌ای مؤثر برای بهبود خودتنظیمی هیجانی و کاهش خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است. گنجاندن این رویکرد در خدمات بالینی می‌تواند به مدیریت چالش‌برانگیزترین علائم هیجانی این اختلال کمک کند.

کلیدواژه‌ها: درمان فراتشخیصی، خودتنظیمی هیجانی، خشم، اختلال استرس پس از سانحه

* **نویسنده مسئول:** استادیار گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه ازاد اسلامی، تهران، ایران

ایمیل: narges.rasouli@yahoo.com **تلفن:** ۰۲۱۲۲۰۰۶۶۰ **نمابر:** ۰۲۱۲۲۰۰۶۶۰

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-23]

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه به‌عنوان یک وضعیت روان‌شناختی ناتوان‌کننده، پیامدهای عمیقی بر عملکرد فردی، تعاملات اجتماعی و کیفیت کلی زندگی مبتلایان تحمیل می‌کند (۱). این اختلال نه‌تنها با خاطرات مزاحم و اجتناب مشخص می‌شود؛ بلکه هیجان‌های شدید منفی (۲) و خشمِ پایدار (۳) از علائم کلیدی و چالش‌برانگیز آن به شمار می‌روند. این هیجان‌ها غالباً با نقص در خودتنظیمی هیجانی همراه هستند و یک چرخه معیوب از پریشانی و ناسازگاری را تداوم می‌بخشند که درمان‌گریزی را افزایش می‌دهد (۴). بنابراین، توجه به این مؤلفه‌های هیجانی به‌عنوان اهدافی اساسی در مداخلات درمانی، گامی ضروری در مسیر بهبود پایدار این بیماران محسوب می‌شود (۵). خودتنظیمی هیجانی به عنوان یک فرآیند محوری در نظریه‌های هیجان‌محور، به ظرفیت فرد برای نظارت، ارزیابی و تعدیل تجربیات هیجانی خود به منظور دستیابی به اهداف سازگارانه اشاره دارد (۶). در چارچوب اختلال استرس پس از سانحه، نقص در این فرآیند، به شکل پاسخ‌های هیجانی شدید، تداوم برانگیختگی فیزیولوژیک و ناتوانی در مهار هیجان‌های منفی مانند خشم ظاهر می‌شود (۷). تقویت خودتنظیمی هیجانی از طریق آموزش مهارت‌هایی مانند آگاهی هیجانی، تحمل پریشانی و بازسازی ارزیابی‌های شناختی، می‌تواند مکانیسم کلیدی در کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه باشد (۸)؛ چرا که به فرد امکان می‌دهد تا هیجان‌های مرتبط با تروما را پردازش کرده و پاسخ‌های رفتاری و شناختی انعطاف‌پذیرتری را جایگزین الگوهای ناسازگار قبلی نماید (۹). به‌طور مشخص، نقص در خودتنظیمی هیجانی می‌تواند به شکل بروز و تداوم هیجان‌های ناسازگارانه شدیدی مانند خشم تجلی یابد (۱۰). خشم، به‌عنوان یکی از هیجان‌های فراگیر و ناتوان‌کننده در اختلال استرس پس از سانحه، غالباً ریشه در ارزیابی‌های شناختی-هیجانی مختل و فرآیندهای تنظیم‌نشده هیجانی دارد (۱۱). این هیجان می‌تواند به‌صورت پاسخ‌های انفجاری، نشخوارهای خصومت‌آمیز یا کینه‌توزی پایدار تظاهر یابد و نه‌تنها کیفیت زندگی فرد را تحت‌الشعاع قرار دهد، بلکه به عنوان یک مانع مهم در فرآیند درمان و بازسازی روابط بین‌فردی عمل کند (۱۲). از منظر نظری، خشم در اختلال استرس پس از سانحه اغلب پیامد تفسیرهای تحریف‌شده از رویداد تروما (مانند احساس بی‌عدالتی یا نقض گسترده امنیت)، نقص در مهار رفتاری و ناتوانی در بازداری پاسخ‌های برانگیخته‌شده توسط یادآورهای تروما است (۱۳). بنابراین، هدف‌گیری این هیجان از طریق مداخلاتی که به بازسازی ارزیابی‌های شناختی و تقویت ظرفیت تنظیم هیجانی می‌پردازند، گامی ضروری در مسیر بهبود جامع این بیماران محسوب می‌شود (۱۴).

اگرچه رویکردهای درمانی اختصاصی‌شده برای اختلال استرس پس از سانحه مانند درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما (۱۵) و حساس‌زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد (۱۶) در کاهش نشانه‌های اصلی این اختلال مؤثر شناخته شده‌اند، اما شواهد بالینی نشان می‌دهد که بخشی از بیماران پاسخ کامل به این درمان‌ها نمی‌دهند یا علائم هیجانی خاصی نظیر خشم شدید و پایدار در آن‌ها تداوم می‌یابد (۱۷). این پاسخ ناکافی می‌تواند ناشی از تمرکز این درمان‌ها بر حادثه تروما به‌صورت خاص و توجه کمتر به فرآیندهای هیجانی فراگیری باشد که زیربنای طیف وسیعی از اختلالات هستند (۱۸). در این راستا، درمان یکپارچه فراتشخیصی به‌عنوان یک چارچوب درمانی نوین و مبتنی بر شواهد مطرح می‌شود که با هدف‌گیری فرآیندهای هیجانی مشترک و هسته‌ای مانند دشواری در تحمل پریشانی، اجتناب هیجانی و نقص در خودتنظیمی هیجانی، پاسخی نظری و کاربردی به این چالش بالینی ارائه می‌دهد (۱۹) و می‌تواند مکملی اثرگذار برای کاهش نشانه‌های هیجانی مقاوم در اختلال استرس پس از سانحه باشد (۲۰). با وجود شواهد رو به رشد در مورد اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی در کاهش نشانه‌های اختلالات اضطرابی و خلقی (۲۱)، کاربرد و بررسی نظام‌مند این پروتکل در جمعیت مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به خصوص در جمعیت ایرانی بسیار محدود است. به‌ویژه، مطالعات معدودی به‌طور خاص به بررسی تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر مؤلفه‌های هسته‌ای هیجانی این اختلال یعنی خودتنظیمی هیجانی و خشم، پرداخته باشند. این در حالی است که نظریه زیربنایی درمان یکپارچه فراتشخیصی، آن را مداخله‌ای ایده‌آل برای هدف‌گیری دقیق همین مکانیسم‌های مشترک و فراتشخیصی می‌داند (۲۲). بنابراین، شکاف پژوهشی آشکار، عدم وجود مطالعه‌ای است که اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی را بر خودتنظیمی هیجانی و خشم در بیماران اختلال استرس پس از سانحه به‌طور همزمان و در قالب یک مطالعه آزمایشی بررسی کند. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود خودتنظیمی هیجانی و کاهش خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است تا گامی در

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-23]

جهت پر کردن این خلأ دانشی و ارائه گزینه‌ای درمانی برای نشانه‌های هیجانی مقاوم این اختلال برداشته شود. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجانی و خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.

روش کار

این پژوهش با روش نیمه آزمایشی و طرح پیش¬آزمون – پس آزمون – پیگیری (دو ماهه) با گروه گواه انجام شد. در پژوهش حاضر جامعه آماری مورد مطالعه تمامی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند که در بازه زمانی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ به کلینیک‌های روان پزشکی شهر تهران مراجعه کرده بودند. با استفاده از نرم‌افزار G*Power و با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۸۰، سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آماری ۸۰٪، حجم نمونه ۳۰ نفر (۱۵ نفر در هر گروه) در نظر گرفته شد. با روش نمونه-گیری هدفمند، ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که به کلینیک‌های نجوای ذهن و کلینیک مهر مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند و با تخصیص (گمارش) تصادفی، در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیار ورود به پژوهش عبارت بود از: (۱) دارا بودن تشخیص بالینی اختلال پس از سانحه بر اساس تشخیص روان شناس، (۲) داشتن رضایت آگاهانه مکتوب، (۳) علاقه مندی به شرکت در جلسات درمان، و (۴) عدم ابتلا به اختلالات همبود و حاد روانی و بیماری‌های حاد جسمانی بود. افزون بر این، (۱) غیبت بیش از دو جلسه متوالی در جلسات درمانی؛ (۲) شروع دارو یا درمان دیگر در دوره مطالعه و (۳) عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. برای گردآوری داده¬ها از پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) و پرسشنامه چندبعدی خشم سیگل (۱۹۸۶) به شرح زیر استفاده شد:

پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳): این پرسشنامه از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده پرسشنامه ارزیابی مجدد (سوالات ۱ تا ۶) و فرونشانی (سوالات ۷ تا۱۰) می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس پرسشنامه لیکرت (۷ درجه-ای)، از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۷) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ گزارش شده است و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از سه ماه و برای کل پرسشنامه ۰/۶۹ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ بدست آمده است. نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در فرهنگ ایرانی توسط قاسم پور و همکاران (۱۳۹۱) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این پژوهش، اعتبار پرسشنامه بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است.

پرسشنامه چندبعدی خشم سیگل (۱۹۸۶): این پرسشنامه برای اندازه‌گیری مؤلفه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی خشم و همچنین فراوانی و مدت تجربه خشم ساخته شده است. این ابزار شامل ۳۰ سؤال بوده و هر سؤال نیز در پرسشنامه لیکرت ۵ نقطه‌ای از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۵) نمره گذاری می‌شود. سوالات آزمون پنج بعد خشم انگیختگی، موقعیت‌های خشم انگیز، نگرش خصمانه، خشم درونی و خشم بیرونی را می‌سنجد. اعتبار آزمون با همبستگی بالای این آزمون با دیگر پرسشنامه‌های خشم (پرسشنامه دشمنی گناه) تأیید شده و پایایی باز آزمایی آن ۷۵٪ و پایایی ثبات درونی آن به روش آلفای کرونباخ ۸۴٪ گزارش شده است. شکوهی یکتا و همکاران (۱۳۸۷) پایایی این پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و دامنه پایایی عامل‌های آن را بین ۰/۵۳تا ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. همچنین آنها برای تعیین روایی ملاکی پرسشنامه، از آزمون STAXI-II استفاده کردند که میزان همبستگی بین دو آزمون، ۰/۷۱ به دست آمده است.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-23]

جدول ۱. پروتکل درمانی یکپارچه فراتشخیصی (بارلو و فارچین، ۱۴۰۲)

جلسات	محتوا
جلسه اول	افزایش انگیزه: مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری افراد شرکت کننده در طول درمان، ارائه منطق درمان و اهداف درمان،ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها، ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولف های تجارب هیجان و مدل ARC
جلسه دوم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها)، به خصوص با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی
جلسه سوم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و تله‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر
جلسه چهارم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان، تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
جلسه پنجم	بررسی رفتارهای هیجان خاست (EDBs)، آشنایی و شناسایی آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی رفتارهای هیجان محور ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارو شدن با رفتارها
جلسه ششم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
جلسه هفتم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطق رویاروئی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتبی ترس، اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی، عینی و ممانعت از اجتناب
جلسه هشتم	پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی افراد شرکت کننده

گروه آزمایش ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای درمان یکپارچه فراتشخیصی را به‌صورت گروهی دریافت کرد. جلسات بر گرفته از کتاب کاربرد پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی (بارلو و فارچیون، ۱۴۰۲) بود و توسط یکی از پژوهشگران که دارای مدرک معتبر بود، برگزار شد. ارزیابی پیش آزمون به طور همزمان در گروه‌های آزمایش و گواه پیش از اجرای اولین جلسه مداخله برگزار شد. پس از اتمام جلسات درمان، آزمودنی های هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه ها (پس آزمون) پاسخ گفتند. همچنین آزمودنی ها دو ماه بعد از آخرین جلسه به طور مجدد پیگیری شدند و با ابزارهای پژوهش حاضر مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. برای جلوگیری از افت یا ریزش نمونه‌ها، جلسه توجیهی با افراد داوطلب برگزار شد و توضیحات مبسوطی پیرامون اهمیت پژوهش و تأثیر مشارکت آن‌ها بر نتایج جهت افزایش حس مسئولیت‌پذیری ارائه شد. تماس‌های تلفنی یا پیامکی نیز با افراد شرکت کننده تا پایان پژوهش ادامه داشت. همچنین، تلاش شد رابطه درمانی قوی به منظور ایجاد اعتماد بین افراد شرکت کننده و تیم پژوهش برای افزایش تعهد به حضور در جلسات ایجاد شود. داده‌های جمع‌آوری شده از نظر پاسخ¬دهی بر اساس الگوی مشخص و تکراری، داده‌های از دست رفته، عدم همخوانی بین سؤالات مختلف و داده‌های پرت مورد بررسی قرار گرفتند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS.v26 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. قبل از اجرای آزمون‌های آمار استنباطی، از آزمون سنجش نرمال بودن توزیع داده‌های کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون لوین، آزمون M باکس و آزمون کرویت موچلی گزارش شد. برای بررسی همتا بودن دو گروه از آزمون تی استودنت و آزمون کای‌اسکوئر استفاده شد. به تمامی شرکت کنندگان اطلاع داده شد حضورشان در این پژوهش داوطلبانه بوده و تمامی افراد با رضایت آگاهانه در این پژوهش شرکت داشتند و رضایت نامه کتبی قبل از شرکت در این پژوهش اخذ شد. لازم به ذکر است هزینه‌ای به شرکت‌کنندگان تحمیل نشد و حضور در جلسات رایگان و داوطلبانه بود.

نتایج

در این مطالعه ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) حضور داشتند. میانگین ± انحراف معیار سن گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۱/۴۴±۳۶/۰۶ و ۱/۹۸±۳۳/۸۶ بود. آزمون تی مستقل نشان داد دو گروه از نظر میانگین سنی همتا هستند (p>۰/۰۵؛ t=۰/۳۷۷). جنسیت اغلب اعضای گروه آزمایش (۶۶/۷٪ معادل ۱۰ نفر) و گواه زن (۷۳/۳٪ معادل ۱۱ نفر) بود. همچنین، اکثر شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (۶۶/۷٪ معادل ۱۰ نفر) و گواه

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-23]

(۸۶/۷٪ معادل ۱۳ نفر) متأهل بودند و سایر شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (۳۳/۳٪ معادل ۵ نفر) و گواه (۱۳/۳٪ معادل ۲ نفر) مجرد بودند. نتایج آزمون کای دو نشان داد بین دو گروه تفاوت معناداری از نظر جنسیت (X^2=۰/۱۵۹ ؛p>۰/۰۵) و وضعیت تأهل (X^2=۱/۶۷۷ ؛p>۰/۰۵) وجود ندارد و دو گروه همتا هستند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه در جدول ۲ گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد در مرحله پس آزمون تفاوت گروه آزمایش نسبت به گروه گواه محسوس بوده و میانگین نمرات گروه آزمایش در خودتنظیمی هیجانی افزایش و در خشم کاهش یافته است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	آزمایش	گواه
		انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین
بُعد ارزیابی مجدد	پیش‌آزمون	۲۵/۶۷ ± ۳/۵۱	۲۶/۲۰ ± ۳/۲۹
	پس‌آزمون	۲۸/۲۷ ± ۳/۹۵	۲۶/۲۷ ± ۳/۲۱
	پیگیری	۲۸/۱۳ ± ۳/۷۹	۲۶/۳۳ ± ۳/۱۷
بُعد فرونشانی	پیش‌آزمون	۱۷/۴۰ ± ۲/۲۳	۱۷/۲۷ ± ۲/۰۵
	پس‌آزمون	۱۸/۷۳ ± ۲/۴۰	۱۷/۴۰ ± ۱/۶۳
	پیگیری	۱۸/۴۷ ± ۲/۵۸	۱۷/۴۷ ± ۱/۶۴
خودتنظیمی هیجانی (کل)	پیش‌آزمون	۴۳/۰۶ ± ۴/۸۹	۴۳/۴۶ ± ۳/۳۱
	پس‌آزمون	۴۷/۰۱ ± ۵/۴۱	۴۳/۶۶ ± ۲/۹۱
	پیگیری	۴۶/۶۰ ± ۵/۷۷	۴۳/۸۰ ± ۲/۸۸
بُعد خشم انگیختگی	پیش‌آزمون	۲۹/۸۷ ± ۲/۰۳	۳۰/۸۰ ± ۲/۳۶
	پس‌آزمون	۲۷/۴۰ ± ۲/۳۸	۳۰/۴۷ ± ۲/۴۱
	پیگیری	۲۷/۴۷ ± ۲/۴۱	۳۰/۴۰ ± ۲/۲۹
بُعد موقعیت‌های خشم‌انگیز	پیش‌آزمون	۲۵/۵۳ ± ۲/۱۰	۲۵/۹۳ ± ۱/۷۹
	پس‌آزمون	۲۳/۹۳ ± ۲/۵۷	۲۵/۸۷ ± ۲/۲۶
	پیگیری	۲۴/۰۷ ± ۲/۷۱	۲۵/۹۳ ± ۲/۲۱
بُعد نگرش خصمانه	پیش‌آزمون	۱۲/۹۳ ± ۲/۰۱	۱۳/۸۷ ± ۱/۷۲
	پس‌آزمون	۱۱/۲۰ ± ۲/۳۰	۱۴/۴۷ ± ۱/۷۶
	پیگیری	۱۱/۰۷ ± ۲/۲۵	۱۴/۵۳ ± ۱/۸۴
بُعد خشم درونی	پیش‌آزمون	۱۶/۷۳ ± ۲/۲۵	۱۷/۰۰ ± ۳/۲۵
	پس‌آزمون	۱۵/۴۷ ± ۲/۷۴	۱۷/۴۰ ± ۳/۳۵
	پیگیری	۱۵/۳۳ ± ۲/۷۳	۱۷/۲۰ ± ۳/۳۴
بُعد خشم بیرونی	پیش‌آزمون	۶/۲۷ ± ۱/۳۳	۶/۱۳ ± ۲/۳۵
	پس‌آزمون	۴/۱۳ ± ۱/۵۹	۶/۰۰ ± ۲/۵۳
	پیگیری	۴/۲۰ ± ۱/۶۱	۵/۹۳ ± ۲/۵۴
خشم (کل)	پیش‌آزمون	۹۱/۳۳ ± ۴/۴۰	۹۳/۷۳ ± ۴/۵۴
	پس‌آزمون	۸۲/۱۳ ± ۵/۵۱	۹۴/۲۰ ± ۵/۲۵
	پیگیری	۸۲/۲۷ ± ۵/۴۷	۹۴/۰۰ ± ۴/۹۴

به منظور بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجانی و خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم پیش‌فرض‌هایی است که قبل

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-23]

از تحلیل مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به اینکه آزمون‌های یاد شده از نوع پارامتری بودند، پیش از تحلیل مفروضه‌های پارامتریک مورد بررسی قرار گرفتند. به این منظور، یافته‌های آزمون کولموگروف – اسمیرنوف نشان داد که داده‌های دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای مورد بررسی در مراحل مختلف سنجش با توزیع نرمال تفاوت معناداری نداشت و توزیع داده‌ها نرمال بود (p>۰/۰۵). آزمون لوین نشان داد که مفروضه برابری واریانس‌های خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار بود (p>۰/۰۵). آزمون M باکس نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل همگن بود. با توجه به اینکه فرض کرویت در آزمون موچلی تأیید نشد، در نتایج درون‌گروهی از نتایج آزمون گرین‌هاوس–گیسر استفاده شد. بر اساس نتایج جدول ۳، اثر درون گروهی زمان برای متغیر خودتنظیمی هیجانی (p<۰/۰۱) و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد (p<۰/۰۱) و فرونشانی (p<۰/۰۱) معنادار بود. این یافته بیانگر آن است میانگین خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد و فرونشانی در طول زمان‌های مختلف سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تغییر معناداری داشت. اندازه اثر مداخله برای خودتنظیمی هیجانی و خشم بیانگر اثر قابل توجه مداخله بر متغیرهای مورد بررسی بود. همچنین، اثر درون گروهی زمان برای متغیر خشم (p<۰/۰۱) و خشم انگیختگی (p<۰/۰۱)، موقعیت‌های خشم‌انگیز (p<۰/۰۱)، نگرش خصمانه (p<۰/۰۱)، خشم درونی (p<۰/۰۵) و خشم بیرونی (p<۰/۰۱) معنادار بود و بیانگر آن است در طول زمان-های مختلف سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تغییر معناداری در این متغیرها ایجاد شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات		درجه آزادی	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
بُعد ارزیابی مجدد	درون گروهی	زمان	۱/۱۶۵	۲۴/۵۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۷
	درون گروهی	زمان × گروه	۱/۱۶۶۵	۲۱/۰۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۹
	بین گروهی	گروه	۱	۰/۴۵۲	۰/۳۹۳	۰/۰۲۶
بُعد فرونشانی	درون گروهی	زمان	۱/۴۶۷	۸/۲۸۰	۰/۰۰۲	۰/۲۲۸
	درون گروهی	زمان × گروه	۱/۴۶۷	۵/۰۲۲	۰/۰۱۹	۰/۱۵۲
	بین گروهی	گروه	۱	۰/۲۷۷	۰/۲۷۷	۰/۰۴۲
خودتنظیمی هیجانی (کل)	درون گروهی	زمان	۱/۲۴۱	۲۶/۵۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۷
	درون گروهی	زمان × گروه	۱/۲۴۱	۲۰/۲۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲۰
	بین گروهی	گروه	۱	۱/۵۱۶	۰/۲۲۸	۰/۰۵۱
بُعد خشم انگیختگی	درون گروهی	زمان	۱/۰۶۲	۳۷/۳۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷۲
	درون گروهی	زمان × گروه	۱/۰۶۲	۲۰/۴۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴۲
	بین گروهی	گروه	۱	۷/۹۴۷	۰/۰۰۹	۰/۲۲۱
بُعد موقعیت‌های خشم‌انگیز	درون گروهی	زمان	۱/۰۸۹	۱۱/۲۲۸	۰/۰۰۲	۰/۲۸۶
	درون گروهی	زمان × گروه	۱/۰۸۹	۱۰/۱۸۴	۰/۰۰۳	۰/۲۶۷
	بین گروهی	گروه	۱	۲/۹۹۵	۰/۰۹۵	۰/۰۹۷
بُعد نگرش خصمانه	درون گروهی	زمان	۱/۱۴۳	۹/۸۳۵	۰/۰۰۳	۰/۲۶۰
	درون گروهی	زمان × گروه	۱/۱۴۳	۴۲/۸۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۵
	بین گروهی	گروه	۱	۱۳/۰۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱۷
بُعد خشم درونی	درون گروهی	زمان	۱/۳۸۳	۵/۳۳۲	۰/۰۱۷	۰/۱۶۰
	درون گروهی	زمان × گروه	۱/۳۸۳	۱۲/۳۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۰۶
	بین گروهی	گروه	۱	۱/۶۲۲	۰/۲۱۳	۰/۰۵۵
بُعد خشم بیرونی	درون گروهی	زمان	۱/۱۰۴	۳۸/۰۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۶
	درون گروهی	زمان × گروه	۱/۱۰۴	۲۷/۸۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸
	بین گروهی	گروه	۱	۲/۴۹۷	۰/۱۲۵	۰/۰۸۲

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-23]

متغیر	منبع تغییرات		درجه آزادی	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
خشم (کل)	درون گروهی	زمان	۱/۱۹۴	۶۸/۳۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰۹
	درون گروهی	زمان × گروه	۱/۱۹۴	۸۰/۳۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲
	بین گروهی	گروه	۱	۲۴/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵

افزون بر این، اثر تعاملی زمان × گروه برای متغیر خودتنظیمی هیجانی (p<۰/۰۱) و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد (p<۰/۰۱) و فرونشانی (p<۰/۰۵) معنادار بود و بیانگر آن است تغییرات خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های آن در طول زمان بین گروه‌ها متفاوت بود. همچنین، اثر تعاملی زمان × گروه برای متغیر خشم (p<۰/۰۱) و خشم انگیختگی (p<۰/۰۱)، موقعیت-های خشم‌انگیز (p<۰/۰۱)، نگرش خصمانه (p<۰/۰۱)، خشم درونی (p<۰/۰۱) و خشم بیرونی (p<۰/۰۱) نیز معنادار بود که بیانگر آن است تغییرات خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های آن در طول زمان بین گروه‌ها متفاوت بود. علاوه بر این، تفاوت بین گروهی در متغیر خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد و فرونشانی معنادار نشده است (p>۰/۰۵). از سوی دیگر، تفاوت بین گروهی در متغیر خشم (p<۰/۰۱) و مؤلفه‌های خشم انگیختگی (p<۰/۰۱) و نگرش خصمانه (p<۰/۰۱) معنادار شده است که بیانگر آن است میانگین کلی گروه‌ها در این متغیرها متفاوت است. با این حال، تفسیر نتایج تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر اثر تعاملی زمان× گروه از نظر آماری مهم‌تر از اثر اصلی گروه است، زیرا نشان‌دهنده پاسخ‌دهی متفاوت به گذر زمان (یا مداخله) بین گروه‌ها است. برای بررسی محل دقیق تفاوت از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در گروه آزمایش تفاوت بین مرحله پیش آزمون با پس آزمون در متغیر خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد و فرونشانی معنادار شده است (p>۰/۰۱) که نشان‌دهنده اثربخشی مداخله است؛ اما تفاوت بین مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار نشده است (p>۰/۰۵) که بیانگر پایداری اثربخشی مداخله است. علاوه بر این، در گروه آزمایش تفاوت بین مرحله پیش آزمون با پس آزمون در متغیر خشم و مؤلفه‌های خشم انگیختگی، موقعیت‌های خشم‌انگیز، نگرش خصمانه، خشم درونی و خشم بیرونی معنادار شده است (p>۰/۰۱) که نشان‌دهنده اثربخشی مداخله است؛ اما تفاوت بین مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار نشده است (p>۰/۰۵) که بیانگر پایداری اثربخشی مداخله است.

جدول ٤. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی زمان‌های مختلف ارزیابی به تفکیک دو گروه

متغیر	گروه	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p
بُعد ارزیابی مجدد	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	−۲/۶۰۰	۰/۳۴۷	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	−۲/۴۶۷	۰/۳۸۳	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۱۲۶	۰/۲۹۹
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	−۰/۰۶۷	۰/۳۴۷	۰/۸۴۹
		پیش آزمون	پیگیری	−۰/۱۳۳	۰/۳۸۳	۰/۷۳۰
		پس آزمون	پیگیری	−۰/۰۶۷	۰/۱۲۶	۰/۶۰۱
بُعد فرونشانی	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	−۱/۳۳۳	۰/۲۷۲	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	−۱/۰۶۷	۰/۳۴۳	۰/۰۰۴
		پس آزمون	پیگیری	۰/۲۶۷	۰/۱۹۴	۰/۱۸۱
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	−۰/۱۳۳	۰/۲۷۲	۰/۶۲۸
		پیش آزمون	پیگیری	−۰/۲۰۰	۰/۳۴۳	۰/۵۶۴
		پس آزمون	پیگیری	−۰/۰۶۷	۰/۱۹۴	۰/۷۳۴
خودتنظیمی هیجانی (کل)	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	−۳/۹۳۳	۰/۴۸۶	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	−۳/۵۳۳	۰/۵۶۳	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	۰/۴۰۰	۰/۲۲۵	۰/۰۸۷
		پیش آزمون	پس آزمون	−۰/۲۰۰	۰/۴۸۶	۰/۶۸۴

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-23]

متغیر	گروه	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p
	گواه	پیش آزمون	پیگیری	-۰/۳۳۳	۰/۵۶۳	۰/۵۵۸
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۲۲۵	۰/۵۵۹
بُعد خشم انگیختگی	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۴۶۷	۰/۳۲۸	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	۲/۴۰۰	۰/۳۱۳	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۰۶۷	۰/۳۲۶
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۳۳۳	۰/۳۲۸	۰/۳۱۸
		پیش آزمون	پیگیری	۰/۴۰۰	۰/۳۱۳	۰/۲۱۲
		پس آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۰۶۷	۰/۳۲۶
بُعد موقعیت‌های خشم‌انگیز	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۶۰۰	۰/۳۲۶	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	۱/۴۶۷	۰/۳۳۰	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۰۸۰	۰/۱۰۵
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۶۷	۰/۳۳۰	۰/۸۳۹
		پیش آزمون	پیگیری	۰۰۲	۰/۰۸۰	۰/۹۹۸
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۳۳۰	۰/۴۱۰
بُعد نگرش خصمانه	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۷۳۳	۰/۲۵۱	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	۱/۸۶۷	۰/۲۶۳	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۰۸۰	۰/۱۰۵
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۶۰۰	۰/۲۵۱	۰/۰۶۴
		پیش آزمون	پیگیری	-۰/۶۶۷	۰/۲۶۳	۰/۰۵۸
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۰۸۰	۰/۴۱۰
بُعد خشم درونی	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۲۶۷	۰/۳۰۳	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	۱/۴۰۰	۰/۳۱۶	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۱۵۵	۰/۳۹۸
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۴۰۰	۰/۳۰۳	۰/۱۹۷
		پیش آزمون	پیگیری	-۰/۲۰۰	۰/۳۱۶	۰/۵۳۲
		پس آزمون	پیگیری	۰/۲۰۰	۰/۱۵۵	۰/۲۰۸
بُعد خشم بیرونی	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۱۳۳	۰/۲۵۶	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	۲/۰۶۷	۰/۲۵۵	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۰۶۷	۰/۳۲۶
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۱۳۳	۰/۲۵۶	۰/۶۰۶
		پیش آزمون	پیگیری	۰/۲۰۰	۰/۲۵۵	۰/۴۴۰
		پس آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۰۶۷	۰/۳۲۶
خشم (کل)	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۹/۲۰۰	۰/۷۲۷	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	۹/۰۶۷	۰/۷۲۷	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۲۵۹	۰/۶۱۰
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۴۶۷	۰/۷۲۷	۰/۵۲۶
		پیش آزمون	پیگیری	-۰/۲۶۷	۰/۷۲۷	۰/۷۱۶
		پس آزمون	پیگیری	۰/۲۰۰	۰/۲۵۹	۰/۴۴۶

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-23]

بحث

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجانی و خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. نتایج نشان داد درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش است و اثربخشی آن در مرحله پیگیری پایدار بوده است. همسو با یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش عسکری و هاشمی (۲۳)، میرزائی (۲۴)، کلاه‌زری و همکاران (۲۵)، Celleri و همکاران (۲۶) و Corpas و همکاران (۲۷) همسو و همخوان بود. یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، در چارچوب نظری این رویکرد قابل تبیین است. ماهیت فراتشخیصی این درمان، به‌طور خاص برای پدیده بالینی پیچیده‌ای مانند اختلال استرس پس از سانحه مناسب است، چرا که این اختلال غالباً با همبودی گسترده‌ای با سایر شرایط هیجانی نظیر افسردگی و اضطراب همراه می‌شود (۲۸). در رویکرد فراتشخیصی، به‌جای تمرکز انحصاری بر علائم اختصاصی اختلال استرس پس از سانحه، فرآیندهای روانشناختی زیربنایی و مشترک بین اختلالات، مانند اجتناب تجربی، سوگیری توجه به تهدید و اشکال در تنظیم هیجان، هدف مداخله قرار می‌گیرد (۲۹). این درمان یکپارچه از طریق مؤلفه‌هایی مانند آموزش ذهن‌آگاهی و پذیرش، به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات پریشان‌کننده مرتبط با تروما را بدون قضاوت و با گشودگی بیشتر مشاهده و تحمل کنند. همزمان، مؤلفه‌هایی مانند بازسازی شناختی و مواجهه‌ی مبتنی بر زمینه، به اصلاح ارزیابی‌های شناختی ناسازگار از خاطرات تروما و کاهش اجتناب رفتاری کمک کرده و در نتیجه، ظرفیت فرد برای نظم‌بخشی انعطاف‌پذیر و هدفمند به حالت‌های هیجانی را افزایش می‌دهند (۳۰). بنابراین، اثربخشی مشاهده‌شده را می‌توان ناشی از هدف‌گیری مستقیم و یکپارچه‌ی همین مکانیسم‌های فراتشخیصیِ مختل‌شده در خودتنظیمی هیجانی دانست. تأثیر معناداری بر خودتنظیمی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه داشته است. این درمان با هدف‌گیری همزمان فرآیندهای شناختی–هیجانی ناسازگار، به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات شدید مرتبط با تروما را با تحمل پریشانی بیشتر شناسایی و پذیرش کنند، ارزیابی‌های شناختی خودکار از خاطرات آسیب‌زا را بازبینی نمایند و در نهایت از چرخه‌های اجتناب و بیش‌برانگیختگی به سمت انعطاف‌پذیری روانشناختی و درگیری مبتنی بر ارزش حرکت کنند. این تغییرات با خودتنظیمی هیجانی بهتر در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه همراه است.

علاوه بر این، نتایج نشان داد درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش است و اثربخشی آن در مرحله پیگیری پایدار بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش علوی و همکاران (۴)، مهاجرین و همکاران (۳۱)، Gutner و همکاران (۳۲)، Kato و همکاران (۳۳) و Grossman و Ehrenreich-May (۳۴) همسو و همخوان بود. این یافته که درمان یکپارچه فراتشخیصی موجب کاهش خشم در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه می‌شود را می‌توان با توجه به نقش کارکردی خشم در این اختلال تبیین کرد. خشم در چارچوب اختلال استرس پس از سانحه صرفاً یک علامت نیست، بلکه اغلب یک راهبرد ناسازگار تنظیم هیجان و شکلی از اجتناب هیجانی محسوب می‌شود که با ایجاد حس کنترل کاذب، از مواجهه با هیجانات آسیب‌پذیرتر زیرین مانند ترس و درماندگی جلوگیری می‌کند (۱۰). درمان فراتشخیصی به جای تمرکز سطحی بر خود خشم، بر فرآیندهای هسته‌ای مشترکی که آن را برمی‌انگیزند، مانند عدم تحمل پریشانی، متمرکز می‌شود. از آنجا که بیماران برای گریز از پریشانی طاقت‌فرسای ناشی از تروما، به خشم به عنوان حالت برانگیختگی آشنا پناه می‌برند، این درمان با افزایش تحمل پریشانی از طریق مؤلفه‌هایی مانند ذهن‌آگاهی و پذیرش، این مکانیسم اجتنابی را تضعیف کرده و در نتیجه خشم را کاهش می‌دهد (۳۵). این درمان، خشم را نه به عنوان نشانه‌ای مجزا، بلکه به عنوان برآیندی از ارزیابی‌های شناختی تحریف‌شده (مثل باور به بی‌عدالتی مطلق) و اجتناب تجربی (استفاده از خشم به‌مثابه سپری در برابر مواجهه با خاطرات و هیجانات تروماتیک) مفهوم‌سازی می‌کند. مؤلفه‌های کلیدی این رویکرد به‌طور مستقیم این مکانیسم‌ها را هدف می‌گیرند (۳۴). ذهن‌آگاهی و پذیرش، آگاهی غیرقضاوتی و تحمل هیجانات زیرین را افزایش می‌دهند و نیاز به اجتناب از طریق خشم را کاهش می‌دهند. همزمان، بازسازی شناختی به اصلاح باورهای تحریف‌شده‌ای که خشم را شعله‌ور می‌کنند، می‌پردازد و تعهد مبتنی بر ارزش، واکنش خشم را با رفتارهای سازگارانه و ارزش‌مدار جایگزین می‌سازد (۳۶). بنابراین، درمان فراتشخیصی می‌تواند به عنوان یک رویکرد مؤثر برای بهبود

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-23]

خشم در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مورد استفاده قرار گیرد.

در رابطه با محدودیت‌های پژوهش باید اشاره کرد نمونه‌گیری به روش هدفمند از دو کلینیک در شهر تهران و حجم نمونه نسبتاً محدود (۳۰ نفر)، امکان تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر جمعیت‌های مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را کاهش می‌دهد. اگرچه معیارهای ورود و خروج دقیقی تعریف شد؛ اما کنترل کامل بر تمامی عوامل مؤثر بر پیامدها (مانند حمایت‌های اجتماعی خارج از درمان، تغییرات سبک زندگی، یا تجربیات استرس‌زای جدید در طول دوره پژوهش) امکان‌پذیر نبود. با توجه به اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود خودتنظیمی هیجانی و کاهش خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، پیشنهاد می‌شود این پروتکل به عنوان یک مداخله مؤثر و اقتصادی در نظام ارائه خدمات سلامت روان ادغام گردد. مراکز درمانی تخصصی تروما می‌توانند با آموزش درمانگران در قالب کارگاه‌های مهارت‌محور، از این رویکرد به‌صورت گروهی بهره‌برداری کنند که این امر ضمن کاهش هزینه‌ها و افزایش پوشش خدمت، به هدف‌گیری همزمان طیف وسیعی از مشکلات هیجانی شایع در این بیماران منجر می‌شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجانی و خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد و یافته‌ها نشان داد که این درمان به‌طور معناداری موجب بهبود خودتنظیمی هیجانی و کاهش خشم در این بیماران می‌شود و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز پایدار می‌ماند. این نتایج در چارچوب نظری رویکرد فراتشخیصی قابل تبیین است؛ زیرا این درمان به‌جای تمرکز بر علائم اختصاصی، فرآیندهای زیربنایی مشترک مانند اجتناب تجربی، عدم تحمل پریشانی و ارزیابی‌های شناختی تحریف‌شده را هدف می‌گیرد که در اختلال استرس پس از سانحه نقش محوری دارند. مؤلفه‌هایی مانند ذهن‌آگاهی و پذیرش، بازسازی شناختی و مواجهه مبتنی بر زمینه، به بیماران کمک می‌کنند تا هیجانات شدید مرتبط با تروما را با تحمل بیشتر شناسایی و پذیرش کنند، ارزیابی‌های ناسازگار را بازبینی نمایند و از چرخه‌های اجتناب و بیش‌برانگیختگی به سمت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی حرکت کنند. در مجموع، درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر، اقتصادی و قابل اجرا در قالب گروهی برای بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در مراکز درمانی تخصصی تروما به کار گرفته شود و به بهبود همزمان طیف وسیعی از مشکلات هیجانی شایع در این بیماران کمک کند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از کلیه افراد مشارکت‌کننده در این مطالعه که صبورانه برای گردآوری داده‌ها همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی نداشتند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچگونه حمایت مالی از سوی نهادهای دولتی یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر با کد IR.IAU.TMU.REC.1403.068 در کمیته اخلاق دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران مورد تأیید قرار گرفت.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله سهم یکسان در نگارش مطالعه داشتند.

References

1. Schincariol A, Orrù G, Otgaar H, Sartori G, Scarpazza C. Posttraumatic stress disorder (PTSD) prevalence: an umbrella review. Psychological Medicine. 2024:1-14. https://doi.org/10.1017/S0033291724002319.

2. O'Brien H, Felmingham K, Lau W, O'Donnell M. Developing an extended process model of emotion regulation in PTSD. Behaviour Research and Therapy. 2024:104668. https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104668.

3. Nesic M, Vogel J, Krüger JP, Wenzel W, Sahebi A, Rassaf T, et al. Association between different dimensions of anger and symptoms of post-traumatic stress disorder in at-risk cardiovascular patients during the COVID-19 pandemic. Frontiers in Psychiatry. 2023;14:1228192. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1228192.

4. Agathos J, Yurtbasi M, O'Brien H, Putica A. The extended process model of emotion regulation in managing negative affect in posttraumatic stress disorder: A systematic review. Clinical

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-23]

Psychology: Science and Practice. 2025; 23(4): 398–415. https://doi.org/10.1037/cps0000296
5. Tharaud JB, Murphy J, Smith DL, Valdespino-Hayden ZE, Held P. Changes in emotion regulation difficulties and PTSD symptom severity in an intensive treatment program for PTSD. Journal of Affective Disorders. 2024;361:620-6. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.06.019.
6. Paley B, Hajal NJ. Conceptualizing emotion regulation and coregulation as family-level phenomena. Clinical Child and Family Psychology review. 2022;25(1):19-43. https://doi.org/10.1007/s10567-022-00378-4.
7. Ouhmad N, El-Hage W, Combalbert N. Maladaptive cognitions and emotion regulation in posttraumatic stress disorder. Neuropsychiatrie. 2023;37(2):65-75. https://doi.org/10.1007/s40211-022-00453-w.
8. Cole TA, Dubuclet CM, Valentine J, Meyer EA, Orcutt HK. Assessing the mediating role of emotion regulation and experiential avoidance within a posttraumatic stress disorder and racial trauma framework. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2024;16(2):254. https://doi.org/10.1037/tra0001487.
9. Fine NB, Ben-Aharon N, Armon DB, Seligman Z, Helpman L, Bloch M, et al. Reduced emotion regulatory selection flexibility in post-traumatic stress disorder: Converging performance-based evidence from two PTSD populations. Psychological Medicine. 2023;53(7):2758-67. https://doi.org/10.1017/S0033291721004670.
10. Pop GV, Nechita D-M, Miu AC, Szentágotai-Tătar A. Anger and emotion regulation strategies: a meta-analysis. Scientific Reports. 2025;15(1):6931. https://doi.org/10.1038/s41598-025-91646-0.
11. Cowlishaw S, Metcalf O, Little J, Hinton M, Forbes D, Varker T, et al. Cross-lagged analyses of anger and PTSD symptoms among veterans in treatment. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2022;14(2):336. https://doi.org/10.1037/tra0001084.
12. Hinton E, Steel Z, Hilbrink D, Berle D. Anger and predictors of drop-out from PTSD treatment of veterans and first responders. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2022;50(2):237-51. https://doi.org/10.1017/S1352465821000382.
13. Durham TA, Byllesby BM, Elhai JD, Wang L. Latent profile analysis of PTSD and dissociation, and relations with anger. Current Psychology. 2022;41(3):1595-602. https://doi.org/10.1007/s12144-020-00693-5
14. Saraiya TC, Badour CL, Jones AC, Jarnecke AM, Brown DG, Flanagan JC, et al. The role of posttraumatic guilt and anger in integrated treatment for PTSD and co-occurring substance use disorders among primarily male veterans. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2023;15(8):1293. https://doi.org/10.1037/tra0001204.
15. Xie S, Cheng Q, Tan S, Li H, Huang T, Xiang Y, et al. The efficacy and acceptability of group trauma-focused cognitive behavior therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. General Hospital Psychiatry. 2024;86:127-34. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.11.012.
16. Vereecken S, Corso G. Revisiting eye movement desensitization and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and discussion of the American Psychological Association's 2017 Recommendations. Cureus. 2024;16(4). https://doi.org/10.7759/cureus.58767.
17. Hudays A, Gallagher R, Hazazi A, Arishi A, Bahari G. Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive behavior therapy for treating post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(24):16836. https://doi.org/10.3390/ijerph192416836.
18. Farchione TJ, Long LJ, Spencer-Laitt D, Moreno J, Barlow DH. State of the science: The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. Behavior Therapy. 2024;55(6):1189-204. https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.007.
19. Lau W, Chisholm K, Gallagher M, Felmingham K, Murray K, Pearce A, et al. Comparing the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders to prolonged exposure for the treatment of PTSD: Design of a non-inferiority randomized controlled trial. Contemporary Clinical Trials Communications. 2023;33:101134. https://doi.org/10.1016/j.conctc.2023.101134
20. Rolerson C, Robinson M, Sims O. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment: Effectiveness with Posttraumatic Stress Disorder, A Systematic Review. A Systematic Review. 2024, 13(1):2635760. https://doi.org/10.1080/23311908.2026.2635760
21. Ito M, Horikoshi M, Kato N, Oe Y, Fujisato H, Yamaguchi K, et al. Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for depressive and anxiety disorders: a randomized controlled trial. Psychological

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-23]

Medicine. 2023;53(7):3009-20. https://doi.org/10.1017/S0033291721005067
22. Drury RM, Ammirati RJ, Cassiello-Robbins C. The promise of transdiagnostic treatment in rural primary care: The unified protocol. Journal of Rural Mental Health. 2024;48(4):259-67. https://doi.org/10.1037/rmh0000270
23. Askari Z, Hashemi M. The efficacy of integrated transdiagnostic therapy on emotion regulation, irritability, resilience, and worry in individuals with generalized anxiety disorder: A Case Study. Clinical Psychology and Personality. 2024;22(1):197-212. https://doi.org/10.22070/CPAP.2023.16973.1296
24. Mirzaee J, Hasani J, Hassanabadi H, Hatami M, Mohammadkhani Sh. Investingation of the effectiveness of transdiagnostic emotion efficacy therapy in cardiovascular reactions and quality of sleep in war-related post traumatic stress disorder. Journal of Psychology. 2024;27(4):395-405. http://fsh.fatemiyehshiraz.ac.ir/en/Article/43658/FullText
25. Kolah-Zari S, Mohammadi A, Rezaei F. The efficacy of integrated transdiagnostic treatment in reducing worry, anxiety, depressive and emotional regulation in patients with generalized anxiety disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023;10(5):58-72. https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2074-en.html
26. Celleri M, Cremades CF, Etchevers MJ, Garay CJ. Effectiveness of the Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in online and group format in Argentina: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2023;24(1):678. https://doi.org/10.1186/s13063-023-07428-4.
27. Corpas J, Moriana JA, Venceslá JF, Gálvez-Lara M. Brief psychological treatments for emotional disorders in primary and specialized care: a randomized controlled trial. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2021;21(1):100203. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.11.002
28. Ghiyasi Noei A, Sabahi P, Rafieinia P. Effectiveness of unified transdiagnostic therapy on cognitive emotion regulation, experimental avoidance and post-traumatic stress disorder in veterans. Iranian Journal of War and Public Health. 2021;13(3):221-8. https://doi.org/10.29252/acadpub.ijwph.13.3.221
29. Cludius B, Mennin D, Ehring T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. Emotion. 2020;20(1):37. https://doi.org/10.1037/emo0000646
30. Southward MW, Kushner ML, Terrill DR, Sauer-Zavala S. A review of transdiagnostic mechanisms in cognitive behavior therapy. Psychiatric Clinics of North America. 2024;47(2):343-54. https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.003.
31. Mohajerin B, Lynn SJ, Cassiello-Robbins C. Unified protocol vs trauma-focused cognitive behavioral therapy among adolescents with PTSD. Behavior Therapy. 2023;54(5):823-38. https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.03.003
32. Gutner CA, Song J, Canale CA, Suvak MK, Litwack SD, Niles BL, et al. A pilot randomized effectiveness trial of the unified protocol in trauma exposed veterans. Depression and Anxiety. 2022;39(12):813-23. https://doi.org/10.1002/da.23288
33. Kato N, Ito M, Matsuoka YJ, Horikoshi M, Ono Y. Application of the unified protocol for a japanese patient with post-traumatic stress disorder and multiple comorbidities: a single-case study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(21):11644. https://doi.org/10.3390/ijerph182111644
34. Grossman RA, Ehrenreich-May J. Using the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. Cognitive and Behavioral Practice. 2020;27(2):184-201. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.05.004
35. Anand S, Kapoor S, Rizvi S, Varanasi R, Abbas Z, Arora I, et al. Anger, aggression and violence: towards an integrative,'transdiagnostic'treatment paradigm. European Psychiatry. 2025;68(S1):S825-S6. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.1676
36. Kim YJ. Transdiagnostic mechanism of social phobia and depression: The role of anger dysregulation. Journal of Human Behavior in the Social Environment. 2018;28(8):1048-59. https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1496050

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-23]

The Efficacy of Unified Transdiagnostic Treatment on Emotion Regulation and Anger in Patients with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)

Received: 28 Nov 2025 Accepted: 10 Mar 2026

Betsabeh Najaf [1] , Narges Rasouli [2*]
1. Master of Science in Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran 2. Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is associated with severe deficits in emotion regulation and high levels of anger, which can make treatment response difficult. The present study aimed to investigate the effectiveness of transdiagnostic integrated treatment in improving emotion regulation and reducing anger in patients with post-traumatic stress disorder.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted using a pre-test–post-test–follow-up (two-month) design with a control group. Using purposive sampling, 30 patients with PTSD were selected and randomly assigned to experimental (n=15) and control (n=15) groups. The experimental group received an eight session group-based transdiagnostic integrated treatment protocol. Data were collected at three time points using the Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003) and the Multidimensional Anger Questionnaire (Siegel, 1986), and were analyzed using repeated measures analysis of variance.

Results: The results of repeated-measures ANOVA showed a significant time × group interaction effect for emotion regulation ($F= 20.246$; $p<0.05$) and anger ($F= 80.359$; $p<0.05$). Bonferroni posthoc tests indicated significant improvement in the experimental group at post-test compared to pre-test for both variables ($p<0.05$), and this improvement remained stable at the two-month follow-up ($p<0.05$). In contrast, the control group showed no significant change.

Conclusion: The findings suggest that transdiagnostic integrated treatment is an effective intervention for improving emotion regulation and reducing anger in patients with post-traumatic stress disorder. Incorporating this approach into clinical services can help manage the most challenging emotional symptoms of this disorder.

Keywords: Transdiagnostic Treatment, Emotion Regulation, Anger, Post-Traumatic Stress Disorder

***Corresponding Author:** Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
Email: narges.rasouli@yahoo.com **Tel:** +982122006660 **Fax:** +982122006660

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-23]