Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 20, No. 80, P 145-168, Summer 2026

Research Article

The Efficacy of Metacognitive Therapy on Distress Tolerance, Executive Functions, and Substance Use Tendency in Aggressive Adolescents[1]

Akbar Jadidi Mohammadabadi[2] , Fatemeh Kamalzadeh[3]

Received: 2025/07/10 Accepted: 2026/08/26

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the efficacy of metacognitive therapy (MCT) on distress tolerance, executive functions, and substance use tendency among aggressive adolescents. **Method:** This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group. The statistical population comprised all male lower-secondary school students enrolled in the 2024–2025 academic year at Imam Mohammad Baqir School in Jask County. Using convenience sampling based on cut-off scores from the Ahvaz Aggression Questionnaire, 30 students identified as aggressive were selected and randomly assigned to an experimental group (n = 15) and a control group (n = 15). For data collection, participants completed the Ahvaz aggression inventory, the distress tolerance scale, the executive function questionnaire, and the addiction proneness scale. The experimental group received Wells' MCT protocol across 10 weekly sessions (1 hour each), whereas the control group received no intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. **Results:** The findings revealed a statistically significant difference between the experimental and control groups. Specifically, compared to the control group, MCT significantly increased distress tolerance, improved executive functions, and reduced substance use tendency in the experimental group at posttest. **Conclusion:** The results indicate that MCT can serve as a targeted therapeutic strategy to attenuate risk-taking behaviors and enhance self-regulation in aggressive adolescents. These findings underscore the necessity of integrating metacognitive programs into psychosocial interventions for aggressive adolescents, particularly within educational and clinical settings.

Keywords: Adolescents, Aggression, Distress tolerance, Executive functions, Metacognitive therapy, Substance use tendency

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

1. This article has been extracted from Master's thesis of the second author at Payam-e-Noor University.

2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Educational Sciences and Counseling, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran. Email: a.jadidi@pnu.ac.ir

3 . MA, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran; Educator, Ministry of Education, Jask, Bandar Abbas, Iran.

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال بیستم، شماره هشتادم، ص۱۶۸-۱۴۵، تابستان ۱۴۰۵

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان فراشناختی بر تحمل پریشانی، کارکردهای اجرایی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان پرخاشگر*

اکبر جدیدی محمدآبادی ، فاطمه کمال¬زاده

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۴

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر تحمل پریشانی، کارکردهای اجرایی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان پرخاشگر انجام شد. **روش:** این پژوهش نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانش‌آموزان پسر مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه اول در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ در مدرسه اما محمد باقر شهرستان جاسک بود. از بین آن‌ها، تعداد ۳۰ دانش‌آموز که بر اساس نمره برش پرسش‌نامه پرخاشگری به عنوان دانش‌آموزان پرخاشگر طبقه‌بندی شدند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ دانش‌آموز) و کنترل (۱۵ دانش‌آموز) گمارش شدند. برای گردآوری داده‌ها، شرکت‌کنندگان پرسش-نامه پرخاشگری اهواز، پرسش‌نامه تحمل پریشانی، پرسش‌نامه کارکردهای اجرایی و پرسش‌نامه گرایش یا آمادگی برای مصرف مواد/اعتیاد را تکمیل کردند. برای افراد گروه آزمایش بسته درمان فراشناختی ولز طی ۱۰ جلسه (جلسات هفتگی به‌مدت ۱ ساعت) اعمال شد، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها با روش‌تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت. به طور خاص، درمان فراشناختی باعث افزایش تحمل پریشانی، بهبود کارکردهای اجرایی، و کاهش گرایش به مصرف مواد در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون شد. **نتیجه‌گیری:** نتایج مؤید آن است که مداخله درمان فراشناختی می‌تواند به عنوان یک راهبرد درمانی هدفمند هم در کاهش رفتارهای پرخطر و هم در ارتقای خودتنظیمی نوجوانان پرخاشگر به کار گرفته شود. چنین یافته‌هایی ضرورت گنجاندن برنامه‌های فراشناختی را در مداخلات روان-اجتماعی نوجوانان پرخاشگر به ویژه در محیط‌های آموزشی و کلینیکی پررنگ می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی، تحمل پریشانی، کارکردهای اجرایی، گرایش به مصرف مواد، پرخاشگری، نوجوانان

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم در دانشگاه پیام نور است.

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک: a.jadidi@pnu.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. مربی آموزش و پرورش، جاسک، بندرعباس، ایران.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

مقدمه

دوران نوجوانی یکی از حساس‌ترین و بحرانی‌ترین دوره‌های رشدی است که با تحولات گسترده در ابعاد جسمانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی همراه است. این تغییرات سریع نوجوانان را در معرض چالش‌های متعددی قرار می‌دهد که می‌تواند مسیر رشد آنان را به سمت سازگاری یا ناسازگاری هدایت کند (دواگی[1] و همکاران، ۲۰۲۴). از اهداف مهم نظام‌های آموزشی نوین پرورش دانش‌آموزانی است که بتوانند با بهره‌گیری از مهارت‌های خودتنظیمی و حل مسئله بر چالش‌های زندگی روزمره غلبه کنند. با این حال، پژوهش‌های دهه اخیر نشان می‌دهد که شمار فزاینده‌ای از نوجوانان نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی، رفتاری و هیجانی را تجربه می‌کنند که یکی از شایع‌ترین آن‌ها رفتارهای پرخاشگرانه است (ترنت[2] و همکاران، ۲۰۱۹؛ چن و سان[3]، ۲۰۲۵). بر اساس نظریه پنج عاملی شخصیت[4] (مک‌کری و کاستا[5]، ۱۹۹۲)، افراد در ابعاد مختلف شخصیتی با یکدیگر تفاوت دارند. این تفاوت‌ها موجب می‌شود که افراد در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا واکنش‌های رفتاری متفاوتی از خود نشان دهند: برخی با رفتارهای پرخاشگرانه[6] و خشمگینانه، برخی با کناره‌گیری و انفعال، و برخی دیگر با آرامش و خودتنظیمی هیجانی پاسخ دهند (جدیدی محمدآبادی و همکاران، ۱۴۰۰؛ مک‌کری و کاستا، ۱۹۹۲). عوامل مختلف در طول دوران زندگی موجب شکل‌گیری و تقویت این رفتارها شده است و یکی از این رفتارها پرخاشگری است (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۹).

پرخاشگری به عنوان هرگونه رفتار عمدی که به قصد آسیب‌رسانی به دیگری یا تخریب اموال انجام می‌شود تعریف می‌گردد (باس و پری[7]، ۱۹۹۲). این رفتار در دوران نوجوانی شیوع بالایی دارد و پیامدهای نامطلوبی برای فرد و جامعه به همراه دارد. نوجوانان پرخاشگر در مقایسه با همسالان خود در معرض آسیب‌پذیری روان‌شناختی بالاتری قرار دارند و رفتارهای پرخاشگرانه آنان با پیامدهایی نظیر طرد همسالان، تعارض والد-فرزندی،

1. Duagi
2. Trent
3. Chen & Sun
4. five-factor theory of personality
4. McCrae & Costa
6. aggressIve behaviors
7. Buss & Perry

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

بزهکاری، رفتارهای جنسی پرخطر، افت تحصیلی و مشکلات تنظیم هیجانی همراه است (رمضانخانی و همکاران، ۱۴۰۰؛ کوان[1] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، پرخاشگری می‌تواند به عنوان یک عامل خطر برای ایجاد و تداوم سایر اختلالات روانی و رفتاری در نوجوانان عمل کند (بیرنه و کولن[2]، ۲۰۲۴).

در سبب‌شناسی و تداوم رفتارهای پرخاشگرانه عوامل متعددی نقش دارند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها تحمل پریشانی[3] پایین است (مورنو[4] و همکاران، ۲۰۲۴). تحمل پریشانی به عنوان توانایی فرد برای تحمل و مقاومت در برابر حالات هیجانی منفی تعریف می‌شود (سیمونز و گاهر[5]، ۲۰۰۵). افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند هنگام مواجهه با استرس و تنش در تنظیم و کنترل هیجانات خود دچار مشکل می‌شوند و برای کاهش سریع تنش به راهبردهای ناکارآمدی نظیر رفتارهای پرخطر، تکانشگری و اعمال پرخاشگرانه متوسل می‌شوند (ویسی و همکاران، ۱۴۰۳). در مطالعه‌ای یانگ[6] (۲۰۲۳) نشان داد که تمایل به استفاده از رفتارهای عملکردی مانند بزهکاری و پرخاشگری برای فرار از حالت‌های عاطفی منفی نشانه بارز تحمل پریشانی پایین است. همچنین، لابلا[7] و همکاران (۲۰۲۴) بیان داشتند که افراد دارای سطح بالای پرخاشگر دارای مهارت‌های حل مسئله و تحمل پریشانی پایینی هستند که این عوامل چرخه معیوب پرخاشگری را تداوم می‌بخشد.

نقص در کارکردهای اجرایی[8] از دیگر عوامل مؤثر بر رفتارهای پرخاشگرانه است (صالحی و همکاران، ۱۴۰۳). کارکردهای اجرایی مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی سطح بالا هستند که نقش اساسی در هدایت رفتارهای هدفمند، بازداری پاسخ‌های نابه‌جا، برنامه‌ریزی، سازماندهی و تنظیم هیجان را ایفا می‌کنند. بر اساس نظریه کارکرد شناختی-اجرایی داوسون و گورا[9] (۲۰۱۲)، پرخاشگری با سطوح پایین کارکردهای اجرایی و نقایص روانی-عصبی مرتبط است (صالحی و همکاران، ۱۴۰۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نوجوانان دارای نقص در کارکردهای اجرایی در کنترل تکانه‌ها، مدیریت خشم و

1. Quan
2. Byrne & Cullen
3. distress tolerance
4. Moreno
5. Simons & Gaher
6. Yang
7. Labella
8. executive functions
9. Dawson & Guare

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

تصمیم‌گیری مؤثر دچار مشکل هستند که این امر احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه را افزایش می‌دهد (هو[1] و همکاران، ۲۰۲۴). توحیدی و شریف‌پور (۱۴۰۱) نیز نشان دادند که سطوح بالای پرخاشگری با عدم کنترل هیجانی، برنامه‌ریزی ضعیف و سازماندهی رفتاری نامناسب رابطه مستقیم دارد.

علاوه بر این، پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که رفتارهای پرخاشگرانه در نوجوانان گرایش به مصرف مواد[2] را به طور معناداری افزایش می‌دهد (فرانسیس[3] و همکاران، ۲۰۲۴؛ حکیم[4] و همکاران، ۲۰۲۴). نوجوانان پرخاشگر به دلیل هیجانات منفی، عقاید غیرمنطقی و ضعف در مقابل تنش‌ها در موقعیت‌های استرس‌زا به احتمال بیشتری به سمت استفاده از سبک‌های مقابله هیجان‌مدار نظیر مصرف مواد کشیده می‌شوند (حکیم و همکاران، ۲۰۲۴). در همین راستا، محمدامینی و همکاران (۱۴۰۵) نشان دادند که پریشانی روان‌شناختی نقش مهمی در ارتباط با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان ایفا می‌کند، یافته‌ای که بر اهمیت متغیرهای هیجانی همچون تحمل پریشانی در تبیین گرایش به مصرف مواد تأکید دارد. مصرف مواد در سنین پایین احتمال تداوم آن در بزرگسالی را افزایش می‌دهد و می‌تواند به مشکلاتی نظیر بزهکاری، وابستگی پایدار، آسیب‌های مغزی و عملکردهای ضعیف تحصیلی منجر شود (بزمی، ۱۴۰۲). همچنین، چن و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که پرخاشگری، رفتارهای تکانشگری و مشکلات رفتاری در نوجوانی زمینه‌ساز بزهکاری، ناسازگاری مدرسه و گرایش به مصرف مواد در سال‌های بعد است.

با توجه به پیامدهای مخرب پرخاشگری، طراحی و اجرای مداخلات مؤثر برای کاهش این رفتار و پیامدهای همراه آن از ضروریات پژوهشی و بالینی محسوب می‌شود. یکی از رویکردهای نوین و اثربخش در این حوزه درمان فراشناختی[5] است که توسط ولز (فیشر و ولز[6]، ۱۴۰۰) توسعه یافته است. درمان فراشناختی بر این باور است که افراد به دلیل فعال‌سازی یک سبک تفکر ناسازگارانه به نام سندرم شناختی-توجهی[7] که شامل نشخوار

1. Hu
2. substance use
3. Francis
4. Hakim
5. metacognitive therapy
6. Fisher & Wells
7. cognitive attentional syndrome

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

فکری، نگرانی متمرکز بر تهدید و راهبردهای مقابله ناکارآمد است در دام مشکلات هیجانی و رفتاری گرفتار می‌شوند (ولز و همکاران، ۱۳۹۹؛ کرونر[1] و همکاران، ۲۰۲۴). این درمان با هدف‌گذاری بر باورهای فراشناختی (باورهای مثبت و منفی درباره افکار) و اصلاح راهبردهای کنترل فکر ناکارآمد به فرد کمک می‌کند تا رابطه خود را با افکار و هیجاناتش تغییر دهد (رجبی، ۱۴۰۱) و به جای تلاش برای کنترل یا سرکوب آن‌ها از طریق تکنیک‌های ذهن‌آگاهی گسلیده[2] فاصله‌ای سالم با آنها برقرار کند (فیشر و ولز، ۲۰۰۹، ۱۴۰۰).

پژوهش‌های متعدد اثربخشی درمان فراشناختی را بر طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی و رفتاری نشان داده‌اند. به عنوان مثال، این درمان در کاهش مشکلات خلقی و هیجانی (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۳)، کاهش رفتارهای تکانشگری (پوترا[3] و همکاران، ۲۰۲۴)، سازش‌یافتگی با موقعیت‌های فشارزا (فیشر و ولز، ۲۰۰۹)، کاهش علائم اضطراب اجتماعی (اوزر[4] و همکاران، ۲۰۲۴) و افزایش توانمندی‌های تحصیلی (یعقوبی و همکاران، ۱۴۰۳) مؤثر بوده است. همچنین، پژوهش‌هایی که به بررسی اثربخشی این درمان بر پرخاشگری پرداخته‌اند نتایج امیدوارکننده‌ای را گزارش کرده‌اند (قلی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۴؛ موریس[5] و همکاران، ۲۰۲۴). درمان فراشناختی با افزایش آگاهی افراد از فرایندهای شناختی خود و ارائه راهبردهایی برای اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد می‌تواند به بهبود تحمل پریشانی، تقویت کارکردهای اجرایی و کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد کمک کند (جدیدی محمدآبادی و همکاران، ۱۴۰۲). ولی‌زاده و همکاران (۱۴۰۴) در پژوهشی نشان دادند که درمان فراشناختی به طور معناداری باعث بهبود تنظیم هیجان و افزایش خودکارآمدی ترک می‌شود. این یافته مؤید این است که مکانیسم‌های فراشناختی نه تنها در کاهش آسیب‌های هیجانی، بلکه در تقویت باورهای فرد برای مقاومت در برابر مصرف مواد نقش کلیدی ایفا می‌کنند. با وجود شواهد گسترده در مورد اثربخشی درمان فراشناختی بر مشکلات هیجانی و رفتاری،

1. Kroener
2. detached mindfulness
3. Putra
4. Özer
5. Morris

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

عدم وجود مطالعه‌های پژوهشی برای بررسی همزمان تأثیر این درمان بر سه متغیر تحمل پریشانی، کارکردهای اجرایی و گرایش به مصرف مواد در جمعیت نوجوانان پرخاشگر به عنوان یک خلأ پژوهشی مهم تلقی می‌شود. بنابراین، پژوهش حاضر به بررسی این موضوع پرداخت و با هدف پاسخ به این سؤال انجام شد که آیا درمان فراشناختی بر تحمل پریشانی، کارکردهای اجرایی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان پرخاشگر مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر مشغول به تحصیل مقطع متوسطه اول مدرسه امام محمدباقر شهرستان جاسک در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزان با نمره بالاتر از ۳۰ بر روی پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز[1] (به عنوان یک نمره برش بر روی این مقیاس برای طبقه‌بندی افراد با و بدون پرخاشگری) و با دارا بودن ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند.

حجم نمونه بر اساس تحلیل توان آماری[2] با استفاده از نرم‌افزار G*Power نسخه ۳.۱ تعیین گردید. با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸۰ و اندازه اثر متوسط (۰/۲۵) بر اساس معیارهای کوهن[3] (۱۹۸۸) برای یک طرح نیمه‌آزمایشی با دو گروه، حجم نمونه مورد نیاز برای هر گروه ۱۳ نفر برآورد شد. با احتساب احتمال ریزش نمونه، حجم نمونه نهایی برای هر گروه ۱۵ نفر (جمعاً ۳۰ نفر) در نظر گرفته شد که مناسب برای شناسایی اثرات معنادار با توان آماری کافی است (کوهن، ۱۹۸۸). شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: ۱) رضایت و تمایل آگاهانه دانش‌آموزان جهت شرکت در مطالعه، ۲) کسب نمره بالاتر از ۳۰ در پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز، ۳) تکمیل کامل ابزارهای

1. ahvaz aggression inventory (AAI)
2. power analysis
3. Cohen

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

پژوهش، ۴) تأیید وضعیت جسمانی سالم از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط پژوهشگر (با تأکید بر عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی، ضایعات مغزی و مصرف داروهای روانپزشکی) بود. لاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل این موارد بود: ۱) عدم تکمیل کامل پرسش‌نامه‌ها، ۲) غیبت بیش از یک جلسه از شرکت در جلسات مداخله، ۳) دریافت درمان‌های روان‌شناختی همزمان با مطالعه یا طی ۶ ماه اخیر، ۴) ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی (مانند تب شدید، عفونت، بیماری‌های گوارشی و ...)، و ۵) مصرف داروهای پزشکی مؤثر بر عملکرد شناختی (مانند آرام‌بخش‌ها، ضدافسردگی‌ها و داروهای ضدصرع). در مرحله تحلیل آماری، برای بررسی اثربخشی برنامه مداخله فراشناختی بر سازه‌های مورد مطالعه از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 استفاده شد.

ابزار

۱- پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز: این پرسش‌نامه توسط زاهدی‌فر و همکاران (۱۳۷۹) در دانشگاه اهواز طراحی و ساخته شد و دارای ۳۰ گویه و سه زیرمقیاس خشم و عصبانیت، تهاجم و توهین و لجاجت و کینه‌توزی است. گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از کاملاً مخالفم با نمره ۱ تا کاملاً موافقم با نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات کل از ۳۰ تا ۱۵۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده پرخاشگری بیشتر می‌باشد. نقطه برش برای تشخیص پرخاشگری نمره ۳۰ در نظر گرفته شده است (زاهدی‌فر و همکاران، ۱۳۷۹). زاهدی‌فر و همکاران (۱۳۷۹) پایایی این پرسش‌نامه را به روش بازآزمایی ۰/۷۰ و به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند. در مطالعه‌ای دیگر، پایایی کل پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس خشم و عصبانیت ۰/۸۶، برای تهاجم و توهین ۰/۸۹ و برای لجاجت و کینه‌توزی ۰/۹۰ گزارش شد (اسلامی و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۱ بدست آمد.

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

۲- پرسش‌نامه تحمل پریشانی[1]: این پرسش‌نامه توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) طراحی شـد و دارای ۱۵ گویه و ۴ زیرمقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم اسـت. گویه‌ها بر اسـاس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از کاملاً مخالفم با نمره ۱ تا کاملاً موافقم با نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شـوند. دامنه نمرات کل از ۱۵ تا ۷۵ اسـت و نمره بالاتر نشان‌دهنده تحمل پریشـانی بیشـتر می‌باشـد. سـازندگان پرسـش‌نامه ضـریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسـش‌نامـه ۰/۸۲ و برای زیرمقیـاس‌هـای تحمـل، جـذب، ارزیـابی و تنظیم بـه ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. در مطالعه داخل کشـور، شـمش و همکاران (۱۳۸۹) ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های نسخه فارسی را در دامنه‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ گزارش کردند و در مطالعه‌ای دیگر، ضـریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۳ بدسـت آمد (کشـاورز و آرام‌فر، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضـر، ضـریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۶۱ بدست آمد.

۳- پرسش‌نامه کارکردهای اجرایی[2]: نسخه اولیه این پرسش‌نامه توسط داوسون و گورا (۲۰۱۲) طراحی شـده اسـت و یک ابزار خودگزارشـی اسـت که برای نوجوانان دارای ۳۳ گویه اسـت. بعد از بررسـی‌های روان‌سـنجی، این پرسـش‌نامه توسـط اسـتریت[3] و همکاران (۲۰۲۰) اصـلاح گردد و با حذف برخی از گویه‌ها تعداد عبارات به ۲۵ گویه تقلیل یافت که ۵ کارکرد برنامه‌ریزی، مدیریت زمان، تنظیم هیجان، سازماندهی و تنظیم رفتار را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسـش‌نامه بر روی یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰= هرگز تا ۴ = تقریبا همیشه صورت می‌گیرد. پایایی محاسبه شده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۹۱ و برای برنامه‌ریزی ۰/۹۵، مدیریت زمان ۰/۹۴، تنظیم هیجان ۰/۹۵، سـازماندهی ۰/۷۲ و تنظیم رفتار ۰/۶۹ بدسـت آمد (اسـتریت و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعه داخل کشـور نیز پایایی کل ابزار با اسـتفاده از ضـریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب برنامه‌ریزی ۰/۸۶، مدیریت زمان ۰/۶۲، تنظیم هیجان ۰/۶۸، سـازماندهی ۰/۷۲ و تنظیم رفتار ۰/۷۹ گزارش شـد (غدیری صـورمان آبادی و

1. distress tolerance scale (DTS)
2. executive functions scale
3. Strait

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

عبدالمحمدی، ۱۴۰۲). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۶۴ بدست آمد.

۳- پرسش‌نامه گرایش/آمادگی برای مصرف مواد/اعتیاد [1]: این پرسش‌نامه توسط وید [2] و همکاران (۱۹۹۲) تهیه شد و دارای ۴۱ گویه و دو مؤلفه آمادگی فعال و آمادگی منفعل است که بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از کاملاً مخالفم با نمره ۱ تا کاملاً موافقم با نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات کل از ۴۱ تا ۲۰۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده گرایش یا آمادگی بیشتر برای مصرف مواد/اعتیاد می‌باشد. سازندگان پرسش‌نامه پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (وید و همکاران، ۱۹۹۲). این پرسش‌نامه توسط زرگر و همکاران (۱۳۸۷) در جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است. پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد (عبدالمنافی و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۶۰ بدست آمد.

روش اجرا

پژوهشگر با حضور در مدرسه و طی جلسه با مدیریت مدرسه، اجازه اجرای پژوهش بر روی دانش‌آموزان مدرسه را کسب نمود. پس از موافقت مدیریت مدرسه، پژوهشگر ابزارهای گردآوری اطلاعات (پرسش‌نامه‌ها) را در بین دانش‌آموزانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند توزیع نمود. پس از پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها و کسب نمرات لازم در ابزارها، پژوهشگر به تخصیص افراد به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل اقدام نمود. گروه آزمایش برنامه درمان فراشناختی را دریافت نمود، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند و پس از اتمام پژوهش به منظور رعایت اصول اخلاقی برنامه مداخله‌ای برای گروه کنترل نیز اعمال گردید. برای رعایت اخلاق در پژوهش توضیحات لازم در خصوص اصول اخلاقی پژوهش از قبیل رضایت آگاهانه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، عدم هرگونه خطر جانی و مالی، و محرمانه ماندن اطلاعات هویتی به آزمودنی‌های هر دو گروه ارائه شد. پس از اتمام جلسات

1. addiction proneness scale (APS) 2. Weed

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

مـداخلـه، مجـدداً ابزارهـای پژوهش بین آزمودنی‌هـای هر دو گروه بـه منظور اجرای پس‌آزمون توزیع شـد. پروتکل مداخله‌ای مورد اسـتفاده در این پژوهش بر اسـاس بسـته درمان فراشناختی ولز (۲۰۱۳) تدوین شده است. این پروتکل شامل ۱۰ جلسه هفتگی (هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه) به صورت گروهی اجرا شد. محتوای جلسات بر اساس راهنمای درمان فراشناختی ولز و همچنین منابع معتبر دیگر در این حوزه طراحی گردیده است. در این پروتکل، جلسات به ترتیب به فرمول‌بندی موردی، اجتماعی‌سازی با مدل فراشناختی، چالش با باورهای منفی فراشـــناختی (کنترل‌ناپذیری و خطر)، چالش با باورهای مثبت فراشـــناختی، آموزش تکنیک توجه و ذهن‌آگاهی گســـلیده، و در نهایت پیشـــگیری از عود اختصاص یافته است. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزشی براساس درمان فراشناختی

جلسات	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی، معرفی کلی پرخاشگری، تفکیک پرخاشگری و خشم برای افراد، و مشخص کردن ضرورت درمان برای افراد پرخاشگر
دوم	بررسی درمان‌های مختلف برای پرخاشگری و رفتارهای تکانشی و ارائه توضیحاتی در مورد منطق درمان فراشناختی برای پرخاشگری و رفتارهای مخرب
سوم	بررسی باورهای مثبت و منفی فراشناختی، راهبردهای کنترل فراشناختی، مزایا و معایب این باورها و راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده مورد تحلیل قرار گرفت و در نهایت راهبردهای کنترل فراشناختی سودمند جایگزین می‌گردد.
چهارم	آشناسازی اعضاء با سندرم توجهی–شناختی که نوعی سبک تفکر تکرار شونده به صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای ناسازگارانه (مانند سرکوب فکر، اجتناب) می‌باشد، پیامدهای آن و همچنین نقش آن‌ها در تداوم اختلال‌های روانی
پنجم	تکنیک آموزش توجه، منطق تکنیک، ارزیابی اعتبار تکنیک، درجه‌بندی توجه معطوف به خود، رهنمودهای اساسی برای آموزش تکنیک توجه و دریافت بازخورد از بیماران
ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی گسلیده (فاصله گرفتن از ذهن‌آگاهی) در برخورد با راهبردها و افکار ناکارآمد فراشناختی و همچنین هدف‌های ذهن‌آگاهی گسلیده، عناصر آن، مدل پردازش اطلاعات ذهن‌آگاهی گسلیده
هفتم	آموزش چهار تا ده تکنیک ذهن‌آگاهی(هدایت فراشناختی، تکلیف تداعی آزاد، تکلیف تجسم پلنگ، آزمایش سرکوبی–عدم سرکوبی)

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزشی براساس درمان فراشناختی

جلسات	محتوای جلسات
هشتم	آموزش سه تکنیک دیگر از ده تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده (استعاره ابرهای گذرا، استعاره کودک متمرکز، استعاره قطار مسافری)
نهم	آموزش سه تکنیک باقیمانده به اعضاء (حلقه کلامی، گسستگی: مشاهده کردن خود و تکنیک خیال‌پردازی)
دهم	آماده کردن اعضاء برای پایان آموزش، شناسایی موانع در بکارگیری تکنیک‌ها، علت‌یابی و رفع آن، نتیجه‌گیری و انجام پس‌آزمون

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: وضعیت شرکت‌کنندگان بر حسب سن و پایه تحصیلی

متغیر	جنسیت	آزمایش		کنترل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پایه تحصیلی	هفتم	۲	۱۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳
	هشتم	۴	۲۶/۶۷	۳	۲۰
	نهم	۹	۶۰	۱۰	۶۶/۶۷
سن	۱۲ سال	۲	۱۳/۳۳	۳	۲۰
	۱۳ سال	۴	۲۶/۶۷	۵	۳۳/۳۳
	۱۴ سال	۴	۲۶/۶۷	۳	۲۰
	۱۵ سال	۵	۳۳/۳۳	۴	۲۶/۶۷

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را در دو گروه نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تحمل پریشانی	آزمایش	۲۸/۰۶	۲/۴	۶۸/۲۶	۳/۸۹
	کنترل	۳۶/۷۳	۲/۶۳	۳۷/۳۳	۲/۶۶
کارکردهای اجرایی	آزمایش	۵۱/۴۶	۷/۸	۳۲/۱۳	۵/۹۲
	کنترل	۵۵/۵۳	۳/۸۷	۷۸/۴۶	۵/۴۲
گرایش به مصرف مواد	آزمایش	۶۶/۸۶	۷/۵۴	۳۳/۲۶	۵/۵۴
	کنترل	۶۴/۴۶	۷/۲۲	۸۱/۶	۴/۲۲

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون شامل آزمون کولموگروف-اسمیرنف (جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها)، آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون ام باکس (جهت بررسی همگنی واریانس-کوواریانس) و آزمون همگنی شیب‌های خط رگرسیون (جهت بررسی یکسان بودن گروه‌ها در متغیرهای پژوهش قبل از شروع آزمایش) انجام شد. نتایج نشان داد که سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای تمامی متغیرهای پژوهش غیر معنادار بود (p>۰/۰۵) که نشان دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها بود. همچنین، نتایج غیر معنادار آزمون لوین (p>۰/۰۵) نشان داد که واریانس دو گروه برابر بود. به علاوه، نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که آماره این آزمون معنادار نبود (M Box = ۸/۹۵ ،F=۱/۳۱ ،p=۰/۲۴) و پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار بود. همچنین، آزمون شیب خط رگرسیون نشان داد که سطوح معناداری بدست آمده بالاتر از ۰/۰۵ بود که حاکی از تایید پیش‌فرض تحلیل کوواریانس بود.

نتایج آزمون لامبدای ویلکز به عنوان رایج‌ترین آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت (۰/۰۵ = ارزش آماری، ۱/۶۱ = F، ۰/۰۰۱ > p) و ۷۴ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود. برای بررسی دقیق‌تر این تفاوت‌ها نتایج کوواریانس چندمتغیره در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ٤: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
تحمل پریشانی	۴۳۲/۴۳	۱	۴۳۲/۴۳	۶/۷۳	۰/۰۱۵*	۰/۱۹
کارکردهای اجرایی	۵۵۸/۴۸	۱	۵۵۸/۴۸	۶/۳۵	۰/۰۱۸*	۰/۱۹
گرایش به مصرف مواد	۱۷۰۵۶/۵۱	۱	۱۷۰۵۶/۵۱	۶۷۶/۸۶	۰/۰۰۱**	۰/۹۶

* p < ۰/۰۵. ** p < ۰/۰۰۱.

با توجه به نتایج جدول ۵ مشخص شد که بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت. به طور خاص، نتایج نشان داد که مداخله درمان فراشناختی باعث

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

بهبود تحمل پریشـــانی (p<۰/۰۵) و کارکردهای اجرایی (p<۰/۰۵) و کاهش گرایش به مصرف مواد (p<۰/۰۰۱) در نوجوانان پرخاشگر شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر تحمل پریشانی، کارکردهای اجرایی و گرایش به مصـرف مواد در نوجوانان پرخاشـگر انجام شـد. یافته‌ها نشـان داد که درمان فراشـــناختی به طور معناداری باعث افزایش تحمل پریشـــانی، بهبود کارکردهای اجرایی و کاهش گرایش به مصـــرف مواد در نوجوانان گروه آزمایش در مقایســه با گروه کنترل شـد. این یافته‌ها به طور کلی نشـان‌دهنده اثربخشـی مطلوب این رویکرد درمانی بر متغیرهای مورد مطالعه اســت. در ادامه، به تبیین دقیق‌تر این یافته‌ها برای هر یک از متغیرها پرداخته می‌شود.

یافته نخســت پژوهش نشـان داد که درمان فراشـناختی به طور معناداری باعث افزایش تحمل پریشـانی در نوجوانان پرخاشـگر شـد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشـین از جمله مطالعه ســالگورو و راموس-کجودو[1] (۲۰۲۳) که نشـان دادند باورهای فراشـــناختی نقش کلیدی در تنظیم هیجان و تحمل پریشـانی ایفا می‌کنند همسـو اسـت. همچنین، یافته مطالعه اوزر و همکاران (۲۰۲۴) که نشـــان داد درمان فراشـــناختی با کاهش باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری به افزایش تحمل پریشانی در افراد دارای اختلال مصرف مواد منجر می‌شود با یافته پژوهش حاضـر همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان به مکانیسـم اصـلی درمان فراشـناختی اشـاره کرد. بر اسـاس مدل ولز (فیشـر و ولز، ۲۰۰۹، ۱۴۰۰)، افراد دارای تحمل پریشـانی پایین در دام سـندرم شـناختی-توجهی گرفتار می‌شـوند، یعنی الگویی از تفکر تکرارشونده شامل نشخوار فکری، نگرانی متمرکز بر تهدید و راهبردهای مقابله ناکارآمد (سـرکوب فکر). این سـندرم با فعال‌سـازی باورهای فراشـناختی منفی (مانند "*نگرانی من را کنترل می‌کند*") و مثبت (مانند "*نگرانی به من کمک می‌کند تا آماده باشـــم*") تداوم می‌یابد. درمان فراشناختی با هدف‌گذاری بر این باورها و آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی گســـلیده به فرد کمک می‌کند تا رابطه خود را با افکار و هیجاناتش تغییر دهد. به عبارت

1. Salguero & Ramos-Cejudo

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

دیگر، فرد یاد می‌گیرد که به جای تلاش برای کنترل یا سرکوب افکار منفی آن‌ها را به عنوان رویدادهای ذهنی گذرا مشاهده کند و از درگیری با آن‌ها فاصله بگیرد (فیشر و ولز، ۲۰۰۹). این فرایند ظرفیت فرد را برای تحمل حالات هیجانی منفی افزایش می‌دهد و او را از واکنش‌های تکانشی و پرخطر دور می‌سازد (ویسی و همکاران، ۱۴۰۳). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی با اصلاح باورهای ناکارآمد و کاهش سندرم شناختی-توجهی بستر مناسبی برای افزایش تحمل پریشانی در نوجوانان پرخاشگر فراهم کرده است.

یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی به طور معناداری باعث بهبود کارکردهای اجرایی (شامل برنامه‌ریزی، سازماندهی، تنظیم هیجان و کنترل رفتار) در نوجوانان پرخاشگر شد. این یافته با پژوهش‌های پیشین از جمله مطالعه هو و همکاران (۲۰۲۴) که نشان دادند کارکردهای اجرایی به عنوان متغیر میانجی بین تکانشگری و رفتار پرخاشگرانه عمل می‌کند همسو است. همچنین، مطالعه صالحی و همکاران (۱۴۰۳) نشان داد که مداخلات شناختی می‌توانند کارکردهای اجرایی را در دانش‌آموزان پرخاشگر بهبود بخشند که با یافته پژوهش حاضر همخوانی دارد. علاوه بر این، مطالعه پوترا و همکاران (۲۰۲۴) که به بررسی اثر درمان فراشناختی بر کاهش رفتارهای تکانشی پرداخته بود نشان داد که این درمان با افزایش آگاهی فراشناختی به بهبود کنترل تکانه و تصمیم‌گیری منجر می‌شود که با یافته ما همسو است.

در تبیین این یافته باید به این نکته توجه کرد که کارکردهای اجرایی به عنوان مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی سطح بالا نقش کلیدی در هدایت رفتارهای هدفمند، بازداری پاسخ‌های نابه‌جا، برنامه‌ریزی و سازماندهی ایفا می‌کنند (داوسون و گورا، ۲۰۱۲). درمان فراشناختی از دو مسیر اصلی به بهبود کارکردهای اجرایی کمک می‌کند: نخست، با افزایش آگاهی فراشناختی نوجوانان یاد می‌گیرند که بر فرایندهای شناختی خود نظارت کنند و الگوهای تفکر تحریف‌شده و تکانشی را شناسایی نمایند (غدیری صورمان آبادی و عبدالمحمدی، ۱۴۰۲). دوم، با آموزش راهبردهای کنترل فکر جایگزین افراد به جای استفاده از راهبردهای ناکارآمد مانند سرکوب فکر یا نشخوار فکری به استفاده از

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

راهبردهای کارآمدتر مانند توجه برگردانی و ارزیابی مجدد شـــناختی روی می‌آورند (رجبی، ۱۴۰۱). این فرایندها با کاهش بار شـــناختی ناشـــی از نگرانی و نشـــخوار فکری ظرفیت پردازش شـــناختی فرد را برای انجام وظایف اجرایی افزایش می‌دهند. به عبارت دیگر، درمان فراشناختی با کاهش صدای ذهن و افزایش فاصله‌گیری شناختی به نوجوانان کمک می‌کند تا منابع شـــناختی خود را به جای درگیری با افکار منفی به برنامه‌ریزی، حل مســـئله و خودتنظیمی اختصـــاص دهند. بنابراین، می‌توان گفت که درمان فراشـــناختی با اصـــلاح فرایندهای فراشـــناختی ناکارآمد و تقویت آگاهی شـــناختی به بهبود قابل توجه کارکردهای اجرایی در نوجوانان پرخاشگر منجر شده است.

یافته ســـوم پژوهش نشـــان داد که درمان فراشـــناختی به طور معناداری باعث کاهش گرایش به مصرف مواد در نوجوانان پرخاشگر شد. این یافته با پژوهش‌های پیشین از جمله مطالعه فرانسیس و همکاران (۲۰۲۴) که نشان دادند کاهش پرخاشگری با کاهش گرایش به مصرف مواد همراه است همسو است. همچنین، مطالعه حکیم و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد که نوجوانان پرخاشـــگر به دلیل هیجانات منفی و ضـــعف در مهارت‌های مقابله‌ای به ســـمت مصـــرف مواد گرایش پیدا می‌کنند که با کاهش این عوامل از طریق درمان فراشـــناختی می‌توان گرایش به مصـــرف را کاهش داد. علاوه بر این، مطالعه کرونر و همکاران (۲۰۲۴) که به بررسی اثربخشی گروهی درمان فراشناختی بر اختلال مصرف مواد پرداخته بود نشان داد که این درمان با کاهش باورهای مثبت درباره مصرف مواد و افزایش خودکارآمدی در مقاومت در برابر مصـــرف به کاهش معنادار علائم منجر می‌شـــود که با یافته پژوهش حاضـــر همخوانی کامل دارد. در تبیین این یافته باید به نقش کلیدی ســـندرم شـناختی-توجهی در تداوم رفتارهای اعتیادی اشاره کرد. بر اساس مدل فراشـناختی اعتیاد (فیشـــر و ولز، ۲۰۰۹، ۱۴۰۰)، افراد مبتلا به گرایش به مصـــرف مواد یک ســـبک تفکر ناسازگارانه و تکراری را تجربه می‌کنند که شامل نگرانی درباره مصرف، نشخوار فکری در مورد پیامدهای منفی و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (مانند مصرف بیشتر برای کاهش اضـطراب) اسـت. این سـندرم با باورهای فراشـناختی مثبت (مانند "*مصـرف به من کمک می‌کند تا آرام شوم*") و منفی (مانند "*من نمی‌توانم در برابر مصرف مقاومت کنم*") تداوم

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

می‌یابد. درمان فراشناختی با هدف‌گذاری بر این باورها به فرد کمک می‌کند تا رابطه خود را با افکار و هیجانات مرتبط با مصـــرف تغییر دهد (بزمی، ۱۴۰۲). از طریق تکنیک‌های ذهن‌آگاهی گســلیده فرد یاد می‌گیرد که افکار مربوط به مصــرف را به عنوان رویدادهای ذهنی گذرا مشاهده کند و به جای عمل بر اساس آن‌ها از این افکار فاصله بگیرد. همچنین، آموزش توجه به فرد کمک می‌کند تا کنترل توجه خود را از محرک‌های مرتبط با مصرف به سمت محرک‌های خنثی یا مثبت هدایت کند (قلی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۴). در نتیجه، فرد به تدریج نیاز خود به مصرف به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای را کاهش داده و به راهبردهای ســازگارانه‌تر روی می‌آورد. بنابراین، درمان فراشــناختی با اصــلاح باورهای فراشــناختی ناکارآمد و کاهش ســندرم شــناختی-توجهی به کاهش معنادار گرایش به مصرف مواد در نوجوانان پرخاشگر منجر شده است. این یافته با نتایج پژوهش ولی‌زاده و همکاران (۱۴۰۴) که نشان دادند درمان فراشناختی خودکارآمدی ترک و تنظیم هیجان در افراد وابســته به مواد را افزایش می‌دهد همخوانی دارد. همچنین، تأکید محمدامینی و همکاران (۱۴۰۵) بر نقش پریشانی روان‌شناختی در گرایش به مصرف مواد مؤید آن است که تقویت تحمل پریشانی از طریق درمان فراشناختی می‌تواند مسیر مؤثری برای پیشگیری از مصــرف مواد در نوجوانان پرخاشــگر باشــد. اندازه اثر بســیار بزرگ در این متغیر نشان‌دهنده آن است که درمان فراشناختی به ویژه در کاهش رفتارهای پرخطر و اعتیادی از کارایی بالایی برخوردار است.

به طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی بر هر سه متغیر مورد مطالعه (تحمل پریشــانی، کارکردهای اجرایی و گرایش به مصــرف مواد) به طور معناداری مؤثر بود. این یافته‌ها با پژوهش‌های متعدد پیشــین از جمله مطالعات موریس و همکاران (۲۰۲۴)، فیشــر و ولز (۲۰۰۹، ۱۴۰۰) و ســالگورو و راموس-کجودو (۲۰۲۳) همسو است. آنچه پژوهش حاضر را از مطالعات پیشین متمایز می‌کند بررسی همزمان این سه متغیر در یک گروه از نوجوانان پرخاشگر است که به عنوان یک نوآوری در این حوزه محســوب می‌شــود. یافته‌ها نشــان می‌دهد که درمان فراشــناختی با هدف‌گذاری بر مکانیســم‌های فراشــناختی مشــترک (مانند باورهای مثبت و منفی درباره افکار و ســندرم

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

شـــناختی-توجهی) می‌تواند به طور همزمان بر طیف گســـترده‌ای از مشـــکلات رفتاری و شـناختی تأثیر مثبت بگذارد. این یافته بر اسـاس مدل ولز (فیشـر و ولز، ۲۰۰۹، ۱۴۰۰) نشـان می‌دهد که درمان فراشـــناختی به جای تمرکز بر محتوای افکار (مانند درمان‌های شـــناختی ســـنتی) بر فرایندهای تفکر و رابطه فرد با افکارش متمرکز اســـت و این ویژگی آن را به رویکردی کارآمد و فراتشـــخیصـــی تبدیل کرده اســـت که می‌تواند برای جمعیت‌های مختلف با مشـکلات متنوع به کار گرفته شـود. بنابراین، درمان فراشـناختی به عنوان یک مداخله مؤثر و کارآمد می‌تواند به بهبود تحمل پریشـــانی، تقویت کارکردهای اجرایی و کاهش گرایش به مصـرف مواد در نوجوانان پرخاشـگر کمک شـایانی کند. این درمان با اصـــلاح باورهای فراشـــناختی ناکارآمد، کاهش ســـندرم شـــناختی-توجهی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای ســـازگارانه زمینه را برای ارتقای خودتنظیمی و کاهش رفتارهای پرخطر فراهم می‌سازد. با توجه به شیوع بالای پرخاشگری و رفتارهای مرتبط در نوجوانان، بکارگیری این رویکرد درمانی در مدارس، مراکز مشـاوره و کلینیک‌های روان‌شـناسـی می‌تواند گامی مؤثر در جهت پیشـگیری و کاهش آسـیب‌های روانی-اجتماعی در این گروه سنی باشد.

پژوهش حاضـــر با محدودیت‌هایی مواجه بود که باید در تفســـیر نتایج مد نظر قرار گیرد. نخســـت، حجم نمونه نســـبتاً کوچک (۳۰ نفر) که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. دوم، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس که ممکن است منجر به سوگیری انتخاب شـود. سـوم، اسـتفاده از ابزارهای خودگزارشـی که ممکن اسـت با سـوگیری پاســخ‌دهی (مانند بزرگ‌نمایی یا کوچک‌نمایی) همراه باشـد. چهارم، عدم انجام مرحله پیگیری که امکان بررســی ماندگاری اثرات مداخله را فراهم نمی‌کند. پنجم، پایین بودن ضـریب آلفای کرونباخ در برخی پرسش‌نامه‌ها (به ویژه تحمل پریشانی با ۰/۶۱ و مصرف مواد با ۰/۶۰) که ممکن اســـت بر دقت اندازه‌گیری تأثیر گذاشـــته باشـــد. با وجود این محدودیت‌ها، یافته‌های پژوهش از اعتبار علمی قابل قبولی برخوردار اســـت. بر اســـاس یافته‌های پژوهش حاضـر، پیشـنهادات زیر ارائه می‌شـود: انجام پژوهش‌های مشـابه با حجم نمونه بزرگتر و با اســـتفاده از روش نمونه‌گیری تصـــادفی طبقه‌ای؛ اجرای پژوهش با طرح

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

طولی و انجام مرحله پیگیری برای بررسی ماندگاری اثرات درمان؛ بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر سایر متغیرهای مرتبط مانند کیفیت زندگی، عملکرد تحصیلی و روابط بین‌فردی در نوجوانان پرخاشگر؛ و انجام پژوهش‌های مقایسه‌ای بین درمان فراشناختی و سایر رویکردهای درمانی مانند شناخت-رفتاری درمانی.

تشکر و قدردانی

مقاله ارسالی حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور بود که در تاریخ ۱۴۰۴/۰۲/۰۱ با شناسه IR.PNU.REC.1404.001 کد اخلاق اخذ کرد و مورخ ۱۴۰۴/۰۴/۰۱ دفاع گردید و تأمین‌کننده منابع مالی نداشته است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری همه دانش‌آموزان و مدیریت آموزش و پرورش شهرستان جاسک که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری نمودند کمال تشکر را داشته باشند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

منابع

اسلامی، افسانه سادات؛ غنی‌فر، محمدحسن و آهی، قاسم (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش هوش معنوی بر وندالیسم مدرسه‌ای و پرخاشگری دانش آموزان. *علوم روان‌شناختی*، ۲۳ (۱۳۷)، ۱۸۹-۱۶۹. https://doi.org/10.52547/JPS.23.137.1165

بزمی، نعیمه (۱۴۰۱). *روان‌شناسی وابستگی به مواد (سبب شناسی، تشخیص و درمان اعتیاد)*. تهران: انتشارات ارجمند.

توحیدی، افسانه و شریف‌پور، لطیفه (۱۴۰۱). *رابطه کارکردهای اجرایی با پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی*. دومین همایش ملی روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان. اردبیل.

جدیدی محمدابادی، اکبر؛ سعید، نسیم و احمدی ده قطب الدینی، محمد (۱۴۰۰). رابطه خودکارآمدی، امید به زندگی و سلامت عمومی با میزان فعالیت بدنی مصرف‌کنندگان مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۵ (۶۲)، ۲۲۴-۲۰۵. https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.15.62.205

جدیدی محمدآبادی، اکبر؛ احمدی ده قطب الدینی، محمد؛ اسلامی شهربابکی، فرزانه و حیدری بافقی، زهرا (۱۴۰۲). بررسی مروری باورهای فراشناختی و خودمراقبتی والدین دارای فرزندان با ناتوانی‌های ذهنی. *مجله علمی پژوهشی تعالی بالینی*، ۱۳ (۳)، ۵۵-۶۵.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

رجبی، میترا (۱۴۰۱). اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتیادپذیری دانشجویان دانشگاه پیام نور شهریار. *مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، *۸*(۲)، ۲۳۲-۲۲۴.

رمضانخانی، علی؛ الحانی، فاطمه؛ ودادهبر، ابوعلی و محمدخواه، فاطمه (۱۴۰۰). پیامدهای خشونت نوجوانان: مطالعه کیفی تحلیل محتوا. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، *۱۷* (۱)، ۷۶-۶۸.

زاهدی‌فر، شهین؛ نجاریان، بهمن و شکرکن، حسین (۱۳۷۹). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری. *مجله علوم تربیتی*، *۷*(۱)، ۱۰۲-۷۳.

زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن و نعای، عبدالزهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان‌خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان‌شناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، *۱*، ۳، ۱۲۰-۹۹

سلیمانی، برزان؛ دست باز، انور و غریبی، حسن (۱۴۰۳). اثربخشی درمان فراشناختی بر ذهن‌خوانی، حافظه سرگذشتی و تنظیم هیجان در دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، *۱۸* (۴)، ۲۱۹-۲۴۳. https://doi.org/10.48308/apsy.2024.236968.1707

شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا و میرزایی، آزاده (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، *۱۳* (۱)، ۱۸-۱۱.

صالحی، زلیخا؛ غفاری نوران، عذرا و موسی‌زاده، توکل (۱۴۰۳). اثربخشی موسیقی درمانی بر کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان پرخاشگر. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، *۲۱* (۱)، ۱۱۴-۹۵.

عبدالمنافی، وحید؛ اسمعلی، احمد و حکمتی، عیسی (۱۴۰۳). نقش میانجی سوگیری خوش‌بینی و خطرپذیری در رابطه مشکلات بین‌فردی با استعداد اعتیاد در معتادان به مواد مخدر. *مجله نوآوری های اخیر در روان‌شناسی*، *۱* (۲)، ۵۷-۴۵. https://doi.org/10.22034/rip.2024.194009

غدیری صورمان آبادی، فرهاد و عبدالمحمدی، کریم (۱۴۰۲). کارکردهای اجرایی در نوجوانان دارای اختلال خواب. *مجله شفای خاتم*، *۱۱* (۲)، ۴۰-۳۲.غدیری، فرهاد و عبدالمحمدی، کریم (۱۴۰۲). کارکردهای اجرایی در نوجوانان دارای اختلال خواب. *مجله شفای خاتم*، *۱۱* (۲)، ۴۰-۳۲.

فیشر، پیتر و ولز، آدرین (۱۴۰۰). درمانگری فراشناختی (فراشناخت درمانی). ترجمه مژگان آگاه هریس و مسعود جان برگی، تهران: انتشارات ارجمند.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

قلی‌نژاد، جابر؛ کریم‌زاده، زهرا؛ شاهین‌فرد، محمد و تشویشی، حامد (۱۳۹۴). تأثیر درمان فراشناختی بر کاهش پرخاشگری فیزیکی و کلامی کارکنان وظیفه مرکز آموزش های پشتیبانی شهید فیض الله امانی. *فصلنامه علوم و فنون نظامی، ۱۱*(۳۳)، ۲۱-۵.

کشاورز، مریم و آرام‌فر، بهنوش (۱۴۰۳). نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان در رابطه بین تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی با اختلال وسواس جبری. *مجله رویش روان‌شناسی، ۱۳*(۷)، ۱۰۰-۹۱.

محمدامینی، سامان؛ میکائیلی، نیلوفر و حاجلو، نادر (۱۴۰۵). رابطه بدرفتاری دوران کودکی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان: نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۲۰(۷۹)، ۳۵-۵۸. https://doi.org/10.22034/ETI.20.79.35

ولز، کارن سی؛ لاکمن، جان و لنهارت، لیزا (۱۳۹۹). مقابله با پرخاشگری در کودکان. ترجمه شیرین ولی‌زاده و رحمان بردی. تهران: انتشارات ارجمند.

ولی‌زاده، حدیث؛ مامی، شهرام؛ سلیمان‌نژاد، حمیرا و میهن‌دوست، زینب (۱۴۰۴). اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹(۷۵)، ۱۶۰-۱۳۵. https://doi.org/10.22034/ETI.19.75.135

ویسی، سعید؛ شیرپور، احسان؛ ایمانی، صدف و شیرپور، یاسر (۱۴۰۳). نقش ممیزی پرخاشگری، دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی پسران بر رفتارهای وندالیستی. *پژوهش در روان-درمانی کودک و نوجوان*، ۱(۱)، ۷۶-۶۵. https://doi.org/10.22098/rcap.2022.2020.۶۵

هاشمی، امیر؛ رضاپور میرصالح، یاسر و بهجتی اردکانی، فاطمه (۱۳۹۹). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر آرام‌سازی حالت بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر تحت پوشش سازمان بهزیستی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۴۰)، ۱۵۲-۱۳۳. https://doi.org/10.22054/jcps.2021.57713.2486

یعقوبی، ابوالقاسم؛ عزیزی، معصومه؛ افضلی، افشین و حق‌طلب، طاهره (۱۴۰۳). اثربخشی راهبردهای فراشناختی بر مهارت تمرکز و امید تحصیلی در دانش‌آموزان با انگیزش تحصیلی. *فصلنامه علمی پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی، ۱۱*(۴)، ۵۵-۷۰. https://doi.org/10.30473/etl.2024.69658.4108

References

Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(3), 452-459. https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

Byrne, G., & Cullen, C. (2024). Acceptance and commitment therapy for anger, irritability, and aggression in children, adolescents, and young adults: a systematic review of intervention studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(2), 935-946. https://doi.org/10.1177/15248380231167393

Chen, D., & Sun, H. (2025). The dynamics from reactive aggression to proactive aggression among adolescents: A multilevel chain mediating model. *Personality and Individual Differences*, *234*, 112950. https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112950

Chen, L. S., Yao, Y., & Xiong, M. S. (2024). The Dark Triad and aggression among drug abstainers: a moderated mediation model of self-control and physical exercise. *BMC Psychiatry*, *24*, 577. https://doi.org/10.1186/s12888-024-06016-3

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second Edition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Dawson, P., & & Guare, R. (2012). *Coaching students with executive skills deficits*. New York: The Guilford Press.

Duagi, D., Carter, B., Farrelly, M., Lisk, S., Shearer, J., Byford, S., ... & Brown, J. S. (2024). Long-term effects of psychosocial interventions for adolescents on depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, *68*, 102382. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102382

Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy: Distinctive features (Vol. 1)*. London: Routledge.

Francis, B., Ganasan, V. A. L., & Sulaiman, A. R. B. (2024). Brexpiprazole attenuates aggression, suicidality and substance use in borderline personality disorder: a case series. *Medicina*, *60*(2), 283. https://doi.org/10.3390/medicina60020283

Hakim, E. A., McDonald, K. L., Lochman, J. E., Powell, N., Witte, T. H., & Vernberg, E. M. (2024). Youth aggression and peer victimization as predictors of adolescent alcohol and marijuana use: a longitudinal analysis of youth with aggressive behavior problems. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, *52*(6), 877-889. https://doi.org/10.1007/s10802-024-01166-0

Hu, C. S., Wang, Y., Sun, Y., Gong, G., & Bao, L. (2024). Executive function mediates the relationship between impulsivity and aggressive behavior in adolescents. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *52*(4), 1-12. https://doi.org/10.2224/sbp/12908

Kroener, J., Eickholt, M. L., & Sosic-Vasic, Z. (2024). Group based metacognitive therapy for alcohol use disorder: a pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1375960. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1375960

Labella, M. H., Klein, N. D., Yeboah, G., Bailey, C., Doane, A. N., Kaminer, D., ... & Cross-Cultural Addictions Study Team. (2024). Childhood bullying victimization, emotion regulation, rumination, distress tolerance, and depressive symptoms: A cross-national examination among young adults in

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

seven countries. *Aggressive Behavior*, *50*(1), e22111. https://doi.org/10.1002/ab.22111

McCrae, R. R & Costa, P. T. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Moreno, I. R., Comes-Fayos, J., Bressanutti, S., Blasco-Ros, C., Martínez, M., Lila, M., Romero-Martínez, Á., & Moya-Albiol, L. (2024). Unraveling the layers of empathy: Self-compassion as a partial mediator in male and female offenders' personal distress and aggression. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma,* 33(7), 900–918. https://doi.org/10.1080/10926771.2024.2313974

Morris, V., Mamak, M., Chaimowitz, G., & Moulden, H. (2024). Cognitive behavioural therapy for anger and aggression in forensic mental health populations. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 35(2), 291-313. https://doi.org/10.1080/14789949.2024.2326641

Özer, D., Şahin Altun, Ö., Kayaoğlu, K., & Tanrıkulu, A. B. (2024). Evaluation of metacognition, difficulties in emotion regulation and addiction severity levels of individuals diagnosed with substance use disorder. *Journal of Substance Use*, *30*(3), 498-504. https://doi.org/10.1080/14659891.2024.2356573

Putra, A. A., Fitri, S., & Marjo, H. K. (2024). Analysis of Cognitive Behavior Therapy (CBT) to Reduce Aggressive Behavior in Adolescents: Literature Study. *BICC Proceedings*, *2*, 46-51. https://doi.org/10.30983/bicc.v1i1.106

Quan, S., Fu, C., Xing, X., & Wang, M. (2024). A daily diary study of the reciprocal relation between parental psychological aggression and adolescent anxiety in China. *Journal of Youth and Adolescence*, *53*(10), 2251-2265. https://doi.org/10.1007/s10964-024-02006-6

Salguero, J. M., & Ramos-Cejudo, J. (2023). A multi-study examination of the relevance of the metacognitive beliefs about uncontrollability in emotion regulation and clinical symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *340*, 812-819. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.090

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, *20*, 83-102. https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3

Strait, J. E., Dawson, P., Walther, C. A., Strait, G. G., Barton, A. K., & Brunson McClain, M. (2020). Refinement and psychometric evaluation of the Executive Skills Questionnaire-Revised. *Contemporary School Psychology*, *24*, 378-388. https://doi.org/10.1007/s40688-018-00224-x

Trent, E. S., Viana, A. G., Raines, E. M., Woodward, E. C., Storch, E. A., & Zvolensky, M. J. (2019). Parental threats and adolescent depression: The role of emotion dysregulation. *Psychiatry Research*, *276*, 18-24. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.009

Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and other drug problems with MMPI-2, APS

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]

& AAS. *Journal of Personality Assessment*, *58*(2), 389-404. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5802_15

Wells, A. (2013). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.

Yang, Y. (2023). Modeling state-and trait-level associations between aggression, somatic symptoms, substance use, and distress tolerance. *Aggressive Behavior*, *49*(6), 580-594. https://doi.org/10.1002/ab.22096

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.22034/eti.20.80.145]