

Research Paper



Psychometric Properties of Clinical Anger Scale



Ali Rezaeisharif^{*1}, Saeed Pourabdol², Nasser Sobhi-Gharamaleki³, Abbas Habibzade⁴, Mahdi Beyki⁵

1. Associate Professor, Department of counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
2. Ph. D in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Shahed University of Tehran, Tehran, Iran.
3. Associate Professor of Psychology, University of Allameh Tabataba'i Tehran, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Qom, Qom, Iran.
5. Ph. D student of Educational Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University of Qom, Qom, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.9.9](https://doi.org/10.127173852.1401.17.66.9.9)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15270.html



ARTICLE INFO	ABSTRACT
<p>Keywords: Clinical Anger, Validity, Reliability</p> <p>Received: Accepted: Available:</p>	<p>Anger is one of the emotions that is widely and disproportionately used by people and has various negative consequences such as; Physical and mental illness, disruption of interpersonal relationships and legal crimes; Therefore, measuring and evaluating the level of anger and managing this emotion seems necessary. Therefore, this study was conducted to investigate the psychometric properties of the clinical anger scale. The statistical population of the present study included all Iranians aged 18 to 60 years in the period from August to October 1400. The statistical sample of the study included 322 people who were selected by available sampling method through online call. In order to evaluate the convergent and divergent validity, the second version of the Acceptance and Practice Questionnaire (AAQ - II) and the difficulty in emotion regulation scale (DERS) were used. The factor structure of the questionnaire was examined through confirmatory factor analysis. The results showed that the reliability of the clinical anger scale based on Cronbach's alpha was between 0.90 and based on the the test-retest was 0.83. Studies on the convergent and divergent validity of the clinical anger scale also confirmed the acceptable validity of the scale in the study sample. Based on the findings, it can be said that the clinical anger scale is a reliable and valid tool for measuring anger in the Iranian population.</p>



* Corresponding Author: Ali Rezaeisharif

E-mail: rezaeisharif@uma.ac.ir

مقاله پژوهشی



بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خشم بالینی



علی رضائی شریف^{۱*}، سعید پورعبدل^۲، ناصر صبحی قراملکی^۳، عباس حبیب زاده^۴، مهدی بیکی^۵

۱. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۳. دانشیار گروه رفتار حرکتی و روانشناسی ورزشی دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران.

۴. استادیار روانشناسی تربیتی، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه قم، ایران.

۵. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.9.9](https://doi.org/10.27173852.1401.17.66.9.9)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15270.html



مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

خشم بالینی، روایی، پایایی

خشم یکی از هیجاناتی است که به طور گسترده و نامتناسبی توسط افراد به کار گرفته می‌شود و پیامدهای منفی مختلفی از قبیل؛ بیماری جسمی، روانی، مختل شدن روابط بین فردی و جرائم قانونی را به دنبال دارد. به همین دلیل سنجش و ارزیابی میزان خشم و پرداختن به مدیریت این هیجان ضروری به نظر می‌رسد؛ لذا این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خشم بالینی انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد ۱۸ تا ۶۰ ساله کشور ایران در بازه زمانی مرداد ماه الی مهر ماه سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه آماری پژوهش شامل ۳۲۲ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از طریق فراخوان اینترنتی انتخاب شدند. به منظور بررسی روایی همگرا و واگرا از پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) استفاده شد. ساختار عاملی پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی تأییدی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل نشان داد که پایایی مقیاس خشم بالینی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و بر اساس پایایی بازآزمایی ۰/۸۳ است. بررسی‌های مربوط به روایی همگرا و واگرای مقیاس خشم بالینی نیز مؤید روایی قابل قبول مقیاس مذکور در نمونه مورد مطالعه بود. بر مبنای یافته‌های به دست آمده، می‌توان گفت که مقیاس خشم بالینی ابزاری قابل اعتماد و روا برای سنجش خشم در جمعیت ایرانی است.

دریافت شده:

پذیرفته شده:

منتشر شده:

* نویسنده مسئول: علی رضائی شریف

رایانامه: rezaeisharif@uma.ac.ir

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت^۱ خشونت را در میان ۲۰ علت اول سال‌های از دست رفته عمر با ناتوانی مقوله‌بندی کرده و برآورده شده که این میزان تا سال ۲۰۳۰ افزایش یابد (کنتراس، کوسیاک، هاردین و نوکو،^۲ ۲۰۲۱). خشم یک واکنش هیجانی طبیعی، ناخشنودکننده و همگانی به نارضایتی است که در سال‌های اولیه زندگی ایجاد می‌شود و در زندگی روزمره رایج است (اسمیت، دافی، موکسام هال، استرنگ، وسلی و همکاران،^۳ ۲۰۲۱). خشم بسته به شدت و مدت آن ممکن است مفید یا مضر باشد. حالت خشم با شدت متوسط و در مدت کوتاه مفید است، اما زمانی که شدید یا طولانی مدت باشد مخرب است (لی، من، چان، وانگ،^۴ ۲۰۲۱). خشم توسط افراد به اشکال مختلف ابراز می‌شود. اینها عبارتند از: خشم درونی^۵، خشم بیرونی^۶ و کنترل خشم^۷ (کلیمسکی، ساندر، وویلیومیر،^۸ ۲۰۱۸). همچنین، ابراز درونی خشم یک مکانیسم انطباقی جایگزین است که در آن خشم در درون یا در برابر علل خشم پنهان می‌شود. ابراز بیرونی خشم، انتقال کلامی یا رفتاری هیجان خشم است. کنترل خشم نیز میزان کنترل خشم بر روابط فرد با محیط خود را تعیین می‌کند (واسیلوپولوس، مارکوس، والتینو و فوکو،^۹ ۲۰۱۹). هنگامی که خشم قابل کنترل نباشد، افراد ممکن است رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه‌ای را نسبت به خود و اطرافیان خود نشان دهند. این رفتارها ممکن است به طور مستقیم یا غیرمستقیم آسیب‌های مختلفی را به جامعه وارد کند. خشم کنترل نشده منجر به بسیاری از مشکلات فردی و اجتماعی مانند اختلال در روابط اجتماعی، کاهش بهره‌وری کاری، بدتر شدن سلامت جسمی و روانی، وحشت ترافیکی و دعوای خیابانی و غیره می‌شود (اسمیت و همکاران،^{۱۰} ۲۰۲۱). علاوه بر این، در طی چند سال گذشته، تعدادی از متخصصان پدیده خشم را بررسی کرده‌اند (اوریل،^{۱۱} ۱۹۸۳؛ نوکو،^{۱۲} ۲۰۲۰؛ برکوویتز،^{۱۳} ۲۰۱۲). بیشتر این کارها در زمینه خصومت و پرخاشگری شده است و تفاوت‌های مفهومی زیادی بین خشم و خصومت و پرخاشگری ایجاد شده است. برخی از پژوهش‌ها تجربه خشم به‌خودی‌خود را از وقایع و تجاربی که خشم را تحریک می‌کند، متمایز کرده‌اند (زاجنکوفسکی و جینیاک،^{۱۴} ۲۰۱۸؛ اسنل،^{۱۵} ۱۹۹۵). در پژوهش‌های دیگر به سایر تمایزات اشاره شده است و ابزارهای استانداردشده‌ای مانند مقیاس خصومت باس (باس،^{۱۶} ۱۹۶۱؛ باس،^{۱۷} ۱۹۵۷)، پرسشنامه واکنش (ایوانز،^{۱۸} ۱۹۷۱)، مقیاس خود-گزارش‌دهی خشم (زلین، آدلر و میرسون،^{۱۹} ۱۹۷۲)، مقیاس خشم (نوکو،^{۲۰} ۱۹۸۵)، پرسشنامه خشم چندبعدی (سیگل،^{۲۱} ۱۹۸۵)، مقیاس خشم

ذهنی (نایت، راس، کالینز و پارمنتر،^{۲۲} ۱۹۸۵)، مقیاس ابراز خشم (اسپیلبرگر،^{۲۳} ۱۹۸۵)، مقیاس خشم صفت-حالت (اسپیلبرگر، جیکوبز، راسل، کریین،^{۲۴} ۱۹۸۳)، مقیاس ناراحتی خشم (شارکین،^{۲۵} ۱۹۸۸) و آگاهی و ابراز شاخص خشم (کچلاو و براها،^{۲۶} ۱۹۸۵) تهیه و استفاده شده است. این ادبیات پژوهشی، با تمایزاتی که بر هر سازه مربوطه تأکید می‌کند، در درک بیشتر پدیده خشم نقش داشته است. جالب اینجاست که هیچ یک از ابزارهای موجود در رابطه با سنجش خشم مستقیماً خشم بالینی^{۲۷} را ارزیابی نمی‌کنند. در مقابل، مدتی است که متخصصان بالینی در مورد اهمیت مطالعه مفهوم خشم بالینی از دیدگاه درمانی بحث کرده‌اند (ویلیامز،^{۲۸} ۲۰۱۷؛ تاکبه و ساتو،^{۲۹} ۲۰۲۱). به عنوان مثال، شارکین (۱۹۸۸) نیاز به مقیاس معتبر و پایا را برای کمک به معالجه مؤثر مراجعین با خشم بالینی شرح داده‌اند. اگرچه ادبیات درمانی در مورد خشم مراجعان به اهمیت سنجش و درمان خشم بالینی اشاره می‌کند، اما هیچ ابزار پژوهشی در حال حاضر وجود ندارد که به طور مستقیم این خط از پژوهش‌ها را تسهیل کند؛ بنابراین، ابزاری که به طور خاص برای سنجش خشم بالینی طراحی شده باشد، مورد نیاز است (کروزه، دی یونگ، بنیک و نائوتا،^{۳۰} ۲۰۲۱).

از سوی دیگر، خشم بالینی به عنوان یک سندرم که شامل چندین علائم است و از نظر شدت و نیرومندی‌شان متفاوت می‌باشد، مفهوم‌پردازی شده است (نوکو،^{۳۱} ۲۰۲۰؛ اسپیلبرگر،^{۳۲} ۱۹۸۵؛ اسپیلبرگر،^{۳۳} ۱۹۸۳) که این امر می‌تواند خطرات جدی برای سلامتی ایجاد کند (اسپیلبرگر،^{۳۴} ۱۹۸۳؛ گاردنر و مور،^{۳۵} ۲۰۰۸). علاوه بر این مفهوم‌پردازی، برای بسیاری از افراد، شدت، بسامد و مدت زمان خشم تشدید یافته که گاردنر و مور (۲۰۰۸) آن را خشم بالینی نامیده‌اند، مقدمه انواع مختلف مشکلات بین فردی، بهداشتی، شغلی و قانونی است (کو، زیفمن، مورسون، هایمبرگ، گلدین و همکاران،^{۳۶} ۲۰۲۱؛ لی و دیجیوسیپیه،^{۳۷} ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد جنبه‌های مزمن و فراگیر خشم بالینی شامل جلوه‌های عاطفی، شناختی، فیزیولوژیکی، حرکتی و رفتاری است (به‌عنوان مثال، خستگی، تحریک‌پذیری، غضب). از افرادی که خشم بالینی بالایی دارند انتظار می‌رود که احساسات خشم در مورد زندگی فعلی، درباره خودشان، آینده خود، دیگران و مواردی را به‌طور کلی گزارش دهند. افزون بر این، پیش‌بینی می‌شود که آنها گزارش دهند که خشم بالینی آنها در روابط اجتماعی، توانایی تصمیم‌گیری و توانایی آنها برای دستیابی به مناسبات و کارها تأثیر گذارد. همچنین، از افراد مبتلا به این اختلال هیجانی انتظار می‌رود که مشکلات مربوط به اشتها، سلامتی، تفکر و تداخل در امور

- 16 . Evans
- 17 . Zelin, Adler & Myerson
- 18 . Siegel
- 19 . Knight, Ross, Collins & Parmenter
- 20 . Spielberger
- 21 . Jacobs, Russell & Crane
- 22 . Sharkin
- 23 . Catchlove & Braha
- 24 . Clinical Anger
- 25 . Williams
- 26 . Takebe & Sato
- 27 . Kreuze, de Jong, Bennik & Nauta
- 28 . Gardner & Moore
- 29 . Kuo, Zeifman, Morrison , Heimberg , Goldin & et al
- 30 . Lee & DiGiuseppe

- 1 . World Health Organization
- 2 . Contreras, Kosiak, Hardin & Novaco
- 3 . Smith, Duffy, Moxham-Hall, Strang, Wessely & et al
- 4 . Li, Man , Chan & Wang
- 5 . Inner anger
- 6 . External anger
- 7 . Anger control
- 8 . Klimecki, Sander & Vuilleumier
- 9 . Vasilopoulos, Marcus, Valentino & Foucault
- 10 . Averill
- 11 . Novaco
- 12 . Berkowitz
- 13 . Zajenkowski & Gignac
- 14 . Snell
- 15 . Buss

نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. مشخصات روان-سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طول ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه‌ی رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا $0/84$ ($0/78-0/88$) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب $0/81$ و $0/79$ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم به صورت همزمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه‌ی زیربنایی‌اش است. این ابزار همچنین اعتبار تمیزی مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد **AAQ-II** مفهوم مشابه با **AAQ-I** را اندازه می‌گیرد اما ثبات روان‌سنجی بهتری دارد (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران عباسی، فتی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱) همسانی درونی این ابزار را بین $0/71$ تا $0/89$ گزارش کردند.

مقیاس خشم بالینی (CAS): یک ابزار خود گزارش‌دهی عینی است که توسط اسنل و همکاران (۱۹۹۵) برای سنجش علائم روان‌شناختی طراحی شده است که فرض می‌شود با درک و درمان خشم بالینی مرتبط است. بیست و یک مجموعه عبارت برای این منظور تهیه شده است. در نگارش این گروه از گویه‌ها، از قالب یکی از ابزارهای اولیه‌ی بک برای طراحی مقیاس خشم بالینی استفاده شده است. علائم خشم که با گویه‌های **CAS** سنجیده می‌شوند، شامل: خشم کنونی، خشم درباره‌ی آینده، خشم در مورد شکست، خشم در مورد مسائل احساس عصبانیت-خصوصیت، آزار دیگران، عصبانیت از خود، عصبانیت از بدبختی، تمایل به صدمه زدن به دیگران، فریاد زدن سر افراد، تحریک‌پذیری کنونی، تداخل در عملکرد اجتماعی، تداخل در تصمیم‌گیری، ناراحت کردن دیگران، تداخل در کار، تداخل در خواب، خستگی، تداخل در اشتها، تداخل در سلامت، تداخل در تفکر و تداخل در رابطه جنسی. از افراد خواسته می‌شود تا هر ۲۱ گروه عبارت (۴ عبارت در هر گروه) را بخوانند و جمله‌ای را انتخاب کنند که به بهترین نحو توصیف‌کننده‌ی احساس آنها است (به عنوان مثال گویه ۱: الف= احساس عصبانیت نمی‌کنم، ب= احساس عصبانیت می‌کنم، ج= این روزها بیشتر اوقات عصبانی هستم، د= همیشه عصبانی و دعویایی هستم، به طوری که طاقتم تمام شده است). هر خوشه از عبارات در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت، با الف= ۰، ب= ۱، ج= ۲، د= ۳ نمره‌گذاری می‌شود. چهار جمله در هر خوشه، از نظر شدت علائم متفاوت بوده و عصبانیت بالینی شدیدتر با عبارت د مرتبط است. در نهایت پاسخ افراد به **CAS** خلاصه می‌شود. به طوری که نمرات بالاتر با خشم بالینی بیشتری مرتبط است (۲۱ گویه؛ دامنه ۰-۶۳). در پژوهش اسنل و همکاران (۱۹۹۵)، همسانی درونی برای ۲۱ گویه مقیاس خشم بالینی با استفاده از آلفای کرونباخ و تحلیل ضریب اطمینان $0/94$ برای مردان و زنان با هم، $0/95$ فقط برای مردان و $0/92$ فقط برای زنان به دست آمد. شواهد مقدماتی برای اعتبار مقیاس خشم بالینی با بررسی ارتباط بین **CAS** و نمرات مرتبط با عصبانیت اسپیلبرگر مشخص شد. نمرات مقیاس خشم بالینی به طور مثبت و شدید با دو خرده مقیاس خشم صفت-حالت و شدیداً همبستگی داشت ($r=0/61$). علاوه بر این، مقیاس خشم بالینی با خرده مقیاس‌های ابزار خشم همبستگی

و عملکرد جنسی ناشی از سندرم خشم بالینی خود گزارش دهند. به طور خلاصه، خشم بالینی به عنوان یک سندرم تعریف شده است که شامل علائم ناتوان‌کننده، کلی و مزمن خشم است و شامل جلوه‌های عاطفی (مثلاً غضب، تحریک‌پذیری)، شناختی (تداخل در تصمیم‌گیری)، فیزیولوژیکی (به‌عنوان مثال، خستگی)، اجتماعی (مثلاً مشکلات بین فردی) و رفتاری (مثلاً روابط کاری و دستاوردهای ناکارآمد) است (گاردنر و مور، ۲۰۰۸). اسنل و همکاران (اسنل، ۱۹۹۵) به همین منظور ابزاری تحت عنوان مقیاس خشم بالینی (**CAS**) جهت سنجش علائم روان‌شناختی مرتبط با خشم تدوین کرده‌اند. در پژوهش اسنل و همکاران (۱۹۹۵)، همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ و تحلیل ضریب اطمینان $0/94$ برای مردان و زنان با هم، $0/95$ فقط برای مردان و $0/92$ فقط برای زنان به دست آمد. اعتبار مقیاس خشم بالینی نیز با بررسی ارتباط بین **CAS** و نمرات مرتبط با خشم اسپیلبرگر قابل قبول بود.

بر اساس آنچه ذکر شد، تاکنون نسخه معتبر و رواسازی شده‌ای از این مقیاس در ایران وجود ندارد و اغلب پژوهش‌های ایرانی در زمینه خشم، این علائم روان‌شناختی که مقیاس خشم بالینی آنها را دربر می‌گیرد، شامل نمی‌شود. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خشم بالینی و کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس انجام شد.

روش

این پژوهش از نظر روش‌شناسی در زمره پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی قرار دارد.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد ۱۸ تا ۶۰ ساله کشور ایران در بازه زمانی مرداد ماه الی شهریور ماه سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه آماری پژوهش شامل ۳۲۲ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از طریق فراخوان اینترنتی انتخاب شدند. به این صورت که از طریق طراحی پرسشنامه‌ها در محیط گوگل فرم، لینک مورد نظر به صورت مجازی در برنامه‌های واتساپ، تلگرام و اینستاگرام در اختیار کاربران فضای مجازی قرار گرفت و پاسخ‌ها دریافت گردید. برای اطمینان از برگشت‌پذیری پرسشنامه‌ها ۴۰۰ پرسشنامه بین نمونه آماری پخش گردید که از این میان ۳۲۲ پرسشنامه به دست آمد؛ بنابراین نمونه نهایی شامل ۳۲۲ نفر بود. ملاک‌های ورود برای شرکت در پژوهش عبارت بودند از: الف) رضایت داوطلبانه برای شرکت در پژوهش؛ ب) عدم سوء مصرف مواد و ملاک‌های خروج شامل عدم تکمیل پرسشنامه پس از دریافت آن و داده‌های مفقودی بالای ۲۰ سؤال بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II): این پرسشنامه به وسیله بوند، هیز، بائر، کارپنتر، گنونول و همکاران^۱ (۲۰۱۱) ساخته شده است. یک نسخه‌ی ۱۰ ماده‌ای از پرسش‌نامه‌ی اصلی است (**AAQ-I**) که به وسیله هیز ساخته شده بود. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برمی‌گردد.

نتایج

در این پژوهش بیشترین طبقه سنی مربوط به شرکت‌کنندگان ۱۸ الی ۲۲ ساله با تعداد ۷۴ نفر بود که ۲۳ درصد را دربر می‌گرفت. همچنین بیشترین فراوانی با ۱۷۶ (۵۵ درصد) نفر مربوط به جنس مؤنث بود. میزان فراوانی برای جنس مذکر نیز برابر بود با ۱۴۶ نفر (۴۵ درصد). علاوه بر این، بیشترین توزیع تحصیلات مربوط به دیپلم با تعداد ۸۹ نفر بود که ۲۸ درصد را دربر می‌گرفت و کمترین توزیع تحصیلات مربوط به دکتری بود که با تعداد ۳۴ نفر (۱۱ درصد) را دربر می‌گرفت.

همچنین، براساس یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌ها، میانگین و انحراف معیار نمره کلی مقیاس خشم بالینی برابر با $43/27 \pm 4/45$ به دست آمد. علاوه بر این، نتایج ضریب همبستگی نشان داد، نمره کلی خشم بالینی با دشواری در تنظیم هیجان ($r = 0.66, P < 0.001$)، رابطه مثبت و معنادار و با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی رابطه منفی ($r = -0.58, P < 0.001$) معنادار دارد. به سخن دیگر، با افزایش خشم به همان میزان دشواری در تنظیم هیجان افزایش می‌یابد. از طرف دیگر، با افزایش خشم به همان میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کاهش می‌یابد.

جدول ۱: خلاصه شاخص‌های نیکویی برازش مقیاس خشم بالینی

شاخص	X^2	df	CFI	GFI	AGFI	RMSEA
پژوهش حاضر	۳۹۳/۳۵	۱۶۸	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۸۷	۰/۰۶۵
حد قابل پذیرش	معنی‌دار نباشد	-	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۸۰	کمتر از ۰/۰۸

مطابق جدول ۱، نتایج بارهای عاملی تحلیل عاملی تأییدی ارائه شده است. ماتریس بارهای عاملی موجود در شکل ۱ نیز نشان می‌دهد که تمام بارهای عاملی استخراج شده بالاتر از ۰/۳ هستند و توزیع ماده‌ها در خرده مقیاس‌ها با آزمون اصلی مطابقت دارد.

جدول ۲: مقادیر استاندارد شده لامبدا و معناداری آن‌ها در الگوی اندازه‌گیری خشم بالینی

ردیف	گویه	λ
۱	خشم کنونی	۰/۵۶ (۱۲/۲۱)
۲	خشم درباره آینده	۰/۶۸ (۱۱/۸۳)
۳	خشم در مورد شکست	۰/۶۶ (۱۱/۹۲)
۴	خشم در مورد مسائل	۰/۶۴ (۱۱/۹۸)
۵	احساس عصبانیت-خصومت	۰/۶۳ (۱۲/۰۳)
۶	آزار دیگران	۰/۶۶ (۱۱/۹۲)
۷	عصبانیت از خود	۰/۶۳ (۱۲/۰۲)
۸	عصبانیت از بدبختی	۰/۶۳ (۱۲/۰۲)
۹	تمایل به صدمه زدن به دیگران	۰/۶۵ (۱۱/۹۵)
۱۰	فریاد زدن سر افراد	۰/۶۵ (۱۱/۹۵)
۱۱	تحریک‌پذیری کنونی	۰/۵۸ (۱۲/۱۷)
۱۲	تداخل در عملکرد اجتماعی	۰/۵۶ (۱۲/۲۲)

مثبت داشت (در سطح $P < 0.01$)، هرچند این همبستگی به اندازه مقیاس خشم صفت-حالت قوی یا معنادار نبود. این یافته‌ها از اعتبار همگرایی مقیاس خشم بالینی حمایت می‌کنند.

پرسشنامه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گراتز و روئمر (DERS): مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار سنجش ۳۶ آیتمی خودگزارش‌دهی است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان از لحاظ بالینی تدوین شده است. (گراتز و روئمر، ۲۰۰۸). مقیاس انتظار تعمیم‌یافته تنظیم هیجانی منفی (گراتز و روئمر، ۲۰۰۸) به‌عنوان الگویی در تدوین این مقیاس به کار گرفته شده است. به‌منظور ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانات ظرف دوران آشفتنگی (هنگامی که راهبردهای تنظیم هیجانی لازم و ضروری باشند)، بسیاری از عبارات DERS مشابه NMR با «هنگامی من آشفته هستم» آغاز می‌گردند. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. یک به معنای تقریباً هرگز (۰-۱۰ درصد)، دو به معنای گاهی اوقات (۱۱ تا ۳۵ درصد)، سه به معنای نیمی از مواقع (۳۶ تا ۶۵ درصد)، چهار به معنای اکثر اوقات (۶۶ تا ۹۰ درصد) و پنج به معنای تقریباً همیشه (۹۱ تا ۱۰۰ درصد) است. تحلیل عاملی وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی را نشان داد. نتایج حاکی از این است که این مقیاس از همسانی درونی بالایی، ۰/۹۳ برخوردار است (گراتز و روئمر، ۲۰۰۸). همچنین روایی همگرا و افتراقی این مقیاس با سلامت روانی، تنظیم شناختی هیجان، فهرست عواطف مثبت و منفی در سطح $P < 0.001$ مورد تأیید قرار گرفته است (بشارت، ۱۳۸۶).

روش اجرا: پس از ترجمه فارسی پرسشنامه خشم بالینی، نسخه ترجمه شده ابتدا با همکاری یکی از متخصصان روانشناسی بررسی و اصلاح شد، سپس برای اطمینان بیشتر در مورد صحت ترجمه و مطابقت دو نسخه انگلیسی و فارسی، در اختیار دو نفر از متخصصان زبان انگلیسی قرار داده شد تا با استفاده از روش ترجمه معکوس آن را به فارسی برگردانند. بدین ترتیب، پس از چند مرحله بررسی، بازبینی و اعمال تغییرات و اصلاحات و تأیید نهایی، بررسی پایایی و روایی فارسی پرسشنامه خشم بالینی در پژوهش حاضر آغاز گردید. پس از اتمام مراحل مربوط به ترجمه پرسشنامه و تأیید آن، با طراحی پرسشنامه‌ها در فضای گوگل فرم، اقدام به انتشار لینک آن در برنامه‌های واتساپ، تلگرام و اینستاگرام شد و پاسخ‌ها از این طریق جمع‌آوری شد. به منظور کنترل اثر ترتیب و خستگی، مقیاس‌ها به تناسب با ترتیب‌های متفاوت طبقه‌بندی شده بودند. همچنین شرکت داوطلبانه و اخذ رضایت آگاهانه به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در اولویت این پژوهش قرار گرفت. از به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل عاملی تأییدی (برای بررسی روایی سازه مشترک جامعه ایرانی با جامعه اصلی پرسشنامه) با استفاده از نرم‌افزار LISREL 8.8 و ضرایب همبستگی پیرسون (برای به دست آوردن روایی همگرا) با استفاده از نرم‌افزار Spss22 استفاده شد.

به منظور بررسی همسانی درونی پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ محاسبه شد. بر اساس نتایج، ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس خشم بالینی برای کل مقیاس ۰/۹۰ به دست آمد. همچنین، ضریب بازآزمایی مقیاس خشم بالینی با فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد. در مجموع نتایج نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی به دست آمده برای این مقیاس از نظر روان‌سنجی مطلوب است.

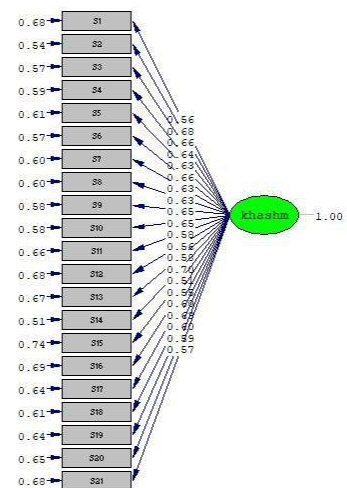
بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خشم بالینی انجام شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی بیانگر کفایت روان‌سنجی این مقیاس بود. همسانی درونی مقیاس خشم بالینی بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. پایایی بازآزمایی پرسشنامه نیز بر حسب محاسبه ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها با فاصله چهار هفته برای مقیاس خشم بالینی در سطح $P < /0.01$ معنادار محاسبه شد. این ضرایب نشان‌دهنده پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس خشم بالینی است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خشم بالینی (اسنل و همکاران، ۱۹۹۵) همسو است. در واقع مقیاس خشم بالینی به طور خاص برای سنجش مجموعه علائم روانی، فیزیولوژیکی، عاطفی، شناختی، حرکتی و رفتاری طراحی شده است که نشان‌دهنده سندرم خشم بالینی است. شواهد اولیه برای اعتبار CAS در یک سری تحلیل‌ها نشان داده شده است و نشان می‌دهد خشم بالینی به صورت منظم و قابل تفسیر با مقیاس خشم صفت-حالت، کنترل خشم و خشم درونی و بیرونی مرتبط است (اسنل و همکاران، ۱۹۹۵). علاوه بر این، یافته‌های دیگر نشان می‌دهد که احساس خشم بالینی افراد به طور قابل پیش‌بینی با تعدادی از صفات شخصیتی متمایز، علائم آسیب‌گونه و رفتارهای بین فردی مشکل‌آفرین و نامناسب همراه است.

روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس خشم بالینی از طریق اجرای همزمان پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان و پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. ضرایب همبستگی نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس خشم بالینی با دشواری در تنظیم هیجان مثبت و معنادار بود. به عبارت دیگر، با افزایش دشواری در تنظیم هیجان افراد، خشم آنها نیز افزایش می‌یابد. همسو با این یافته، شواهد یکدست و منسجم نشان می‌دهد که دشواری در تنظیم هیجان با خطر مشکلات رفتاری خشم و پرخاشگری همراه است (هررو-فرناندز، پارادا-فرناندز و خورخه^۱، ۲۰۲۱؛ پورعبدل، روشن، یعقوبی، صبحی قراملکی و غلامی فشارکی، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که مجرمان نوجوانی که هیجان منفی بالایی را تجربه می‌کنند به احتمال زیاد بیشتر از آنهایی که هیجان منفی پایین دارند، مضطرب و عصبانی می‌شوند (یوردکول^۲، ۲۰۲۱). ادبیات پژوهشی قبلی نشان داده است که دشواری در تنظیم هیجان بر رابطه اعتمادبه‌نفس و پرخاشگری (گاروفالو، هولدن، زایگلر هیل و ولوتی^۳، ۲۰۱۶)، هیجانی بودن

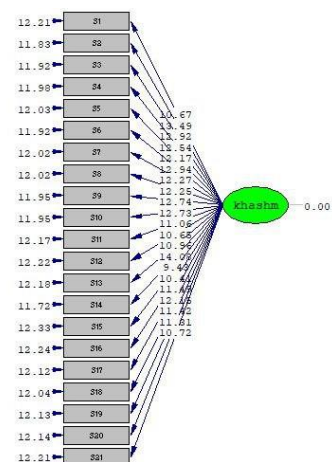
۱۳	تداخل در تصمیم‌گیری	۰/۵۸ (۱۲/۱۸)
۱۴	ناراحت کردن دیگران	۰/۷۰ (۱۱/۷۲)
۱۵	تداخل در کار	۰/۵۱ (۱۲/۳۳)
۱۶	تداخل در خواب	۰/۵۵ (۱۲/۲۴)
۱۷	خستگی	۰/۶۰ (۱۲/۱۲)
۱۸	تداخل در اشتها	۰/۶۵ (۱۲/۰۴)
۱۹	تداخل در سلامت	۰/۶۰ (۱۲/۱۳)
۲۰	تداخل در تفکر	۰/۵۹ (۱۲/۱۴)
۲۱	تداخل در رابطه جنسی	۰/۵۷ (۱۲/۲۱)

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تمام ضرایب لامبدای γ مقادیر بالایی دارند. آزمون معناداری تی نشان می‌دهد که تمامی ضرایب مسیر با بارهای عاملی به دست آمده معنادار هستند.



Chi-Square=393.35, df=168, P-value=0.00000, RMSEA=0.065

شکل ۱: نمودار مسیر برآورده شده برای مقیاس خشم بالینی (مقادیر استاندارد شده)



Chi-Square=393.35, df=168, P-value=0.00000, RMSEA=0.065

شکل ۲: نمودار مسیر برآورده شده برای مقیاس خشم بالینی (مقادیر استاندارد شده)

5. مشکل بیشتر نظام‌های طبقه‌بندی کنونی شناخته شده این است که آنها فاقد طبقه تشخیصی برای خشم بالینی هستند. با وجود این، اگرچه مقیاس خشم بالینی (CAS) برای ارائه تشخیص اختلال طراحی نشده است، اما ممکن است ارزیابی استاندارد از علائمی که مربوط به خشم بالینی می‌شود، ارائه دهد.

پژوهش حاضر گامی در جهت مطالعه اعتبار و پایایی مربوط به سنجش مقیاس خشم بالینی بود. به‌طور کلی، این پژوهش با تأیید ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خشم بالینی (CAS)، نتایج پژوهش‌های قبلی را بسط داده است. این پژوهش، مقیاس خشم بالینی را به عنوان ابزاری روا و پایا برای سنجش خشم بالینی معرفی می‌کند. با وجود این، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که شاخص‌های مربوط به پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس خشم بالینی (CAS) را تأیید و آن را در نمونه بزرگتری مورد سنجش قرار دهند. این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از محدودیت‌های این پژوهش شامل: استفاده از نمونه‌گیری در دسترس بود. این مطالعه از طریق پرسشنامه‌های خودگزارشی و به صورت آنلاین انجام شد که این امر می‌تواند با سوگیری پاسخ‌دهندگان همراه شده باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از سایر روش‌های نمونه‌گیری استفاده گردد. به منظور کاهش سوگیری احتمالی ناشی از اجرای پرسشنامه‌های آنلاین، در پژوهش‌های آتی، پرسشنامه‌ها به صورت حضوری به اجرا گردند. افزون بر این پیشنهاد می‌شود این پرسشنامه صرفاً بر روی افرادی که خشم بالایی تجربه می‌کنند، بررسی و میزان روایی و پایایی آن گزارش شود.

سیاس‌گذاری

پژوهش حاضر برگرفته از طرح پژوهشی در دانشگاه محقق اردبیلی بود. بدینوسیله از کلیه افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

عباسی، ایمانه، فتی، لادن، مولودی، رضا و ضرابی، حمید (۱۳۹۱). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم، روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲ (۱۰): ۶۵-۸۰.

منفی (گاروفالو و ولوتی، ۲۰۱۷) و پرخاشگری و رفتار برونی‌سازی (هیتی، سالیوان، مک دونالد و فارل^۱، ۲۰۱۹) تأثیر می‌گذارد. همچنین نتایج نشان داد که بین خشم بالینی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ارتباط منفی معنادار وجود دارد و این حاکی از تأیید روایی و اگرایی این مقیاس است. به‌طور کلی ادبیات پژوهشی با این ارتباط همسو است: افرادی که از انعطاف‌ناپذیری بالاتری برخوردار بوده‌اند، خشم و پرخاشگری بیشتری گزارش می‌کنند (بل و هیگینز^۲، ۲۰۱۵؛ دوترا و ساده^۳، ۲۰۱۸؛ شوری، المکوئیست، زوکوسکی، فبرس، براسفیلد و همکاران^۴، ۲۰۱۴؛ یاویز، شاهین، اولوسوی، ایپک و کورت^۵، ۲۰۱۶؛ شی و کوین^۶، ۲۰۱۷). در واقع افرادی که از انعطاف‌پذیری پایینی برخوردار هستند در مواجهه با موقعیت‌های خشم‌انگیز، آمیختگی شناختی بالایی تجربه می‌کنند و بیش از آنکه به رویداد توجه کنند به معنا و تفسیر رویداد توجه می‌کنند و افکار را به عنوان فکر نمی‌بینند بلکه به عنوان واقعیت می‌پندارند که این نوع برخورد با موقعیت‌ها منجر به واکنش منفی در آنها می‌شود و نتیجه آن تجربه خشم با شدت بالا و نهایتاً رفتار پرخاشگرانه است (لی و هیون^۷، ۲۰۲۰).

در مجموع، اعتبار و پایایی یافته‌های ارائه‌شده در تحقیق حاضر شواهد اولیه‌ای را در تأیید اعتبار و پایایی ارائه می‌دهد و استفاده از مقیاس خشم بالینی را در بین پژوهشگران و متخصصان بهداشت روان ترغیب می‌کند. علاوه بر این، مقیاس خشم بالینی (CAS) به نظر می‌رسد راهی برای بررسی نقش خشم بالینی هم در مراجعان و هم افراد عادی باشد (اسنل، ۱۹۹۵؛ روبین^۸، ۱۹۸۶؛ تاوریس^۹، ۱۹۸۲). در بافت بالینی، مقیاس خشم بالینی (CAS) می‌تواند اطلاعاتی را برای درک مراجعان، برنامه‌ریزی درمان و ارزیابی پیشرفت درمانی مفید ارائه دهد. نمرات مراجع در مقیاس خشم بالینی (CAS) می‌تواند با گروه‌های غیر بالینی مقایسه شود. مقیاس خشم بالینی (CAS) همچنین می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را در مورد وضعیت بالینی و پاسخ به درمان ارائه دهد. علاوه بر این، در بافت غیر بالینی، مقیاس خشم بالینی (CAS) ممکن است در شناسایی افرادی که سطح بالینی خشم دارند یا افرادی که در معرض خطر خشم بالینی هستند، مفید واقع شود. علاوه بر این، مقیاس خشم بالینی (CAS) را می‌توان به راحتی در زمینه بهداشت روان، زندان، مراکز آموزشی و سایر انواع بافت‌ها برای غربالگری در مورد علائم خشم اجرا کرد. به این معنا که مقیاس خشم بالینی (CAS) ممکن است در زمینه‌های کاربردی مفید باشد که در آن سنجش خشم بالینی لازم و مفید تلقی شود (شارکین، ۱۹۸۸).

احتیاط مهم در اینجا باید ذکر شود. تمایز بین ارزیابی شدت علائم بالینی خشم و هرگونه تشخیص رسمی خشم بالینی، بسیار مهم است. واضح است که تشخیص اختلال خشم بالینی با مقیاس خشم بالینی یا هر ابزار دیگر خود-گزارش‌دهی نایب‌جاست. مناسب‌ترین روش برای تشخیص، مصاحبه بالینی است تا تعیین شود آیا افراد معیارهای مشخص شده توسط برخی نظام‌های طبقه‌بندی بیمارشناسانه را برآورده می‌کنند یا نه (برای مثال DSM-

6 . Shea & Coyne
7 . Lee & Hyun
8 . Rubin
9 . Tavriss

1 . Hitti , Sullivan , McDonald & Farrell
2 . Bell & Higgins
3 . Dutra & Sadeh
4 . Shorey , Elmquist , Zucosky , Febres , Brasfield & et al
5 . Yavuz , Şahin , Ulusoy , Ipek & Kurt

- Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: implications for theories of emotion. *American psychologist*, 38(11), 1145-1160.
- Bell, K., & Higgins, L. (2015). The impact of childhood emotional abuse and experiential avoidance on maladaptive problem solving and intimate partner violence. *Behavioral Sciences*, 5(2), 154-175.
- Berkowitz, L. (2012). A different view of anger: The cognitive-neoassociation conception of the relation of anger to aggression. *Aggressive behavior*, 38(4), 322-333.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4): 676-688.
- Buss, A. H. (1961). *The psychology of aggression*, New York and London: (John Wiley & Sons).
- Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of consulting psychology*, 21(4), 343-349.
- Catchlove, R. G., & Braha, R. E. (1985). A test of measures of the awareness and expression of anger. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 113-119.
- Contreras, I. M., Kosiak, K., Hardin, K. M., & Novaco, R. W. (2021). Anger rumination in the context of high anger and forgiveness. *Personality and individual differences*, 171, 110531.
- Dutra, S. J., & Sadeh, N. (2018). Psychological flexibility mitigates effects of PTSD symptoms and negative urgency on aggressive behavior in trauma-exposed veterans. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(4), 315.
- Evans, D. R., & Stangeland, M. (1971). Development of the reaction inventory to measure anger. *Psychological Reports*, 29(2), 412-414
- Gardner, F. L., & Moore, Z. E. (2008). Understanding clinical anger and violence: The anger avoidance model. *Behavior modification*, 32(6), 897-912.
- Garofalo, C., Holden, C. J., Zeigler-Hill, V., & Velotti, P. (2016). Understanding the connection between self-esteem and aggression: The mediating role of emotion dysregulation. *Aggressive behavior*, 42(1), 3-15.
- Garofalo, C., & Velotti, P. (2017). Negative emotionality and aggression in violent offenders: The moderating role of emotion dysregulation. *Journal of Criminal Justice*, 51, 9-16.
- Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004;26(1):41-54. 1 <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Herrero-Fernández, D., Parada-Fernández, P., & Jorge, R. (2021). The mediation effect of emotion dysregulation in the relationship between anger and aggression on the road in a sample of Spanish drivers. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 79, 63-71.
- Hitti, S. A., Sullivan, T. N., McDonald, S. E., & Farrell, A. D. (2019). Longitudinal relations between beliefs supporting aggression and externalizing outcomes: Indirect effects of anger dysregulation and callous-unemotional traits. *Aggressive behavior*, 45(1), 93-102.
- Klimecki, O. M., Sander, D., & Vuilleumier, P. (2018). Distinct brain areas involved in anger versus punishment during social interactions. *Scientific reports*, 8(1), 1-12.
- Knight, R. G., Ross, R. A., Collins, J. I., & Farmer, S. A. (1985). Some norms, reliability and preliminary validity data for an SR inventory of anger: The Subjective Anger Scale (SAS). *Personality and Individual Differences*, 6(3), 331-339.
- Kreuze, L. J., de Jong, P. J., Bennis, E. C., & Nauta, M. H. (2021). Anger Responses in Adolescents: Relationship with Punishment and Reward Sensitivity. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-12.
- Kuo, J. R., Zeifman, R. J., Morrison, A. S., Heimberg, R. G., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2021). The moderating effects of anger suppression and anger expression on cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based stress reduction among individuals with social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 285, 127-135.
- Lee, A. H., & DiGiuseppe, R. (2018). Anger and aggression treatments: a review of meta-analyses. *Current opinion in psychology*, 19, 65-74.
- Lee, J., & Hyun, M. H. (2020). The Relationship between Borderline Personality Traits and Reactive Aggression: The Mediating Effect of Experiential Avoidance. *Korean Journal of Stress Research*, 28(4), 262-268.
- Li, Z., Man, S. S., Chan, A. H. S., & Wang, R. (2021). Driving anger scale validation: relationship of driving anger with the aberrant driving behaviour of truck drivers. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 81, 364-372.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Novaco, R. W. (2020). Anger treatment with violent offenders. *The Wiley Handbook of What Works in Violence Risk Management: Theory, Research and Practice*, 385-397.
- Pourabdol, S., Roshan, R., Yaghubi, H., & Sobhi-gharamaleki, N. (2020). The Role of Psychological Inflexibility and Emotion Dysregulation in Predicting Intensity of Anger in Competitive Athletes. *Journal of Counseling Research*, 19(75), 192-213.
- Rubin, J. (1986). The emotion of anger: Some conceptual and theoretical issues. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(2), 115-124.
- Sharkin, B. S. (1988). The measurement and treatment of client anger in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 66(8), 361-365.
- Shea, S. E., & Coyne, L. W. (2017). Reliance on experiential avoidance in the context of relational aggression: Links to internalizing and externalizing problems and dysphoric mood among urban, minority adolescent girls. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 195-201.
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Zucosky, H., Febres, J., Brasfield, H., & Stuart, G. L. (2014). Experiential avoidance and male dating violence perpetration: An initial investigation. *Journal of contextual behavioral science*, 3(2), 117-123.
- Siegel, J. M. (1985). The measurement of anger as a multidimensional construct. *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, 59-82.
- Smith, L. E., Duffy, B., Moxham-Hall, V., Strang, L., Wessely, S., & Rubin, G. J. (2021). Anger and confrontation during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey in the UK. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 114(2), 77-90.
- Snell Jr, W. E., Gum, S., Shuck, R. L., Mosley, J. A., & Kite, T. L. (1995). The clinical anger scale: Preliminary reliability and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 215-226.
- Spielberger, C. D. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, 5-30.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S., & Crane, R. S. (1983). Assessment of anger: The state-trait anger scale. *Advances in personality assessment*, 2, 159-187.
- Takebe, M., & Sato, H. (2021). A mindfulness-based intervention for Japanese non-clinical adolescent anger: A pilot study. *Current Psychology*, 1-7.

- Tavris, C. (1982). *Anger: The misunderstood emotion*. New York: Simon & Schuster.
- Vasilopoulos, P., Marcus, G. E., Valentino, N., & Foucault, M. (2019). Anger mediates the effects of fear on support for the far right—A rejoinder. *Political Psychology, 40*(4), 713-717.
- Williams, R. (2017). Anger as a basic emotion and its role in personality building and pathological growth: The neuroscientific, developmental and clinical perspectives. *Frontiers in psychology, 8*, 1950.
- Yurdakul, K. H. (2021). How Do The Main Negative Emotions Affect People's Political Decision Process?: " Fear, Anxiety And Anger. *Akademik Incelemeler Dergisi, 16*(1), 246-261.
- Yavuz, K. F., ŞAHİN, O., Ulusoy, S., Ipek, O. U., & Kurt, E. (2016). Experiential avoidance, empathy, and anger-related attitudes in antisocial personality disorder. *Turkish journal of medical sciences, 46*(6), 1792-1800.
- Zajenkowski, M., & Gignac, G. E. (2018). Why do angry people overestimate their intelligence? Neuroticism as a suppressor of the association between Trait-Anger and subjectively assessed intelligence. *Intelligence, 70*, 12-21.
- Zelin, M. L., Adler, G., & Myerson, P. G. (1972). Anger Self-Report: An objective questionnaire for the measurement of aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39*(2), 340.