



مطالعات روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره پیاپی ۶۹، دوره ۱۸، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۱

ویراستار فارسی:

آیلین مردان پور

ویراستار انگلیسی:

سیده منور یزدی

مشاور آمار و روش تحقیق:

غلامرضا دهشیری

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

عباس عبدالهی

استادیار دانشگاه الزهرا (س)

مدیر اجرایی:

فاطمه وزیری

طراح و صفحه‌آرا:

فاطمه وزیری

طراح جلد:

پریسا شاد قزوینی

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

ناشر:

دانشگاه الزهرا (س)

ترتیب انتشار:

فصلی

شماره پروانه انتشار:

۱۲۴/۱۲۷۴

شماره پروانه علمی - پژوهشی:

۳/۲۹۱۰/۱۰۶۹

شمارگان:

۱۰۰۰ نسخه

نشانی دفتر مجله:

تهران، میدان ونک، خیابان ونک، دانشگاه الزهرا، دانشکده علوم تربیتی و

روانشناسی، طبقه دوم، اتاق ۳۰۹

صندوق پستی:

۱۹۹۳۵/۶۶۳

تلفکس:

+۹۸ (۲۱) ۸۵۶۹۲۲۹۱

وبگاه:

<http://psychstudies.alzahra.ac.ir>

پست الکترونیک:

psychstudies@alzahra.ac.ir

بها: دسترسی رایگان از وبگاه مجله

صاحب امتیاز:

دانشگاه الزهرا (س)، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

مدیر مسئول:

سید ابوالقاسم مهری نژاد

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

سر دبیر:

سیده منور یزدی

استاد دانشگاه الزهرا (س)

هیأت تحریریه:

غلام‌علی افروز

استاد دانشگاه تهران

حمیدرضا آقامحمدیان

استاد دانشگاه فردوسی مشهد

جلیل باباپور خیرالدین

استاد دانشگاه تبریز

محمدعلی بشارت

استاد دانشگاه تهران

سجاد بشرپور

استاد دانشگاه محقق اردبیلی

احمد به‌پژوه

استاد دانشگاه تهران

بهروز بیرشک

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

مهرانگیز پیوسته‌گر

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

روشنک خدابخش

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

زهره خسروی

استاد دانشگاه الزهرا (س)

عصمت دانش

استاد دانشگاه شهید بهشتی

چنگیز رحیمی

استاد دانشگاه شیراز

مهناز مهرابی‌زاده هنرمند

استاد دانشگاه شهید چمران

سید ابوالقاسم مهری نژاد

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

کیانوش هاشمیان

دانشیار دانشگاه الزهرا (س)

النی جی هیبدو

محقق مرکز درد مایکل DeGroot، دانشیار (PT) گروه روان‌پزشکی

اعصاب رفتاری

سیده منور یزدی

استاد دانشگاه الزهرا (س)

این فصل‌نامه در پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) و نیز ایران ژورنال (نظام نمایه‌سازی مرکز منطقه‌ای اطلاع‌رسانی علوم و فن‌آوری) نمایه می‌شود و دارای ضریب تأثیر در این نظام (ISC) است. این فصل‌نامه با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه الزهرا (س) به چاپ می‌رسد.

طی نامه شماره ۳/۲۹۱۰/۱۰۶۹، در تاریخ ۱۳۸۳/۱۰/۸، بر اساس نظر کمیسیون بررسی نشریات علمی کشور در وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری، درجه علمی - پژوهشی به فصل نامه مطالعات روان شناختی اعطا و در تاریخ ۱۳۹۱/۸/۲۸ تمدید اعتبار و ابلاغ شد.

فصل نامه مطالعات روان شناختی در پایگاه های اطلاعاتی زیر نمایه می شود.

www.sid.ir - پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

www.magiran.com - پایگاه اطلاعات نشریات کشور

- پایگاه مجلات تخصصی، مرکز تحقیقات علوم اسلامی

www.noormags.com

- بانک اطلاعات پژوهشی بهداشت روان کشور

www.iranpsych.tums.ac.ir

شرایط پذیرش مقاله‌ها

نویسندگان نباید بیش از دو مقاله در سال ارسال نمایند مگر اینکه مقاله غیرقابل پذیرش باشد.

مشخصات نویسندگان پس از پذیرش نهایی مقاله تغییر نخواهد کرد.

• موضوع نشریه: اختلالات روان‌شناختی و مداخلات درمانی

• کل مقاله حداکثر ۱۵ صفحه و ۵۰۰۰ واژه باشد.

• سایز قلم چکیده فارسی و انگلیسی و منابع با فونت B lutos و سایز ۱۱ با فاصله خطوط ۱/۱۵، برای متن اصلی مقاله فاصله سطرها ۱/۵ و با فونت B lutos و سایز قلم ۱۲، جداول و عنوان آن‌ها سایز ۱۱ و فاصله خطوط ۱/۱۵ تنظیم شده باشد. اندازه قلم تیتراها ۱۴ و بولد باشد.

• متن تایپ شده کامل و نهایی مقاله و در هر مرحله به صورت فایل با ساختار Word2007 از طریق سایت فصل‌نامه مطالعات روان‌شناختی <http://psychstudies.alzahra.ac.ir> فرستاده شود.

• عنوان کوتاه و متناسب با محتوا

• آوردن نام و نام خانوادگی، وابستگی سازمانی نویسنده (نویسندگان) مرتبه علمی دانشگاهی آن‌ها، نشانی پستی محل کار، شماره تماس، E-mail نویسنده (نویسندگان) و مشخص نمودن نویسنده مسئول در قسمت فایل با نام سامانه، به فارسی و انگلیسی و همچنین در فایل اصل مقاله الزامی است.

چکیده فارسی و انگلیسی منطبق با هم در حداکثر ۲۰۰ واژه، در یک پاراگراف بدون تیتربندی و بولد نشده شامل هدف، روش پژوهش (طرح پژوهش، جامعه، نمونه و ابزار)، یافته‌ها و نتیجه‌گیری نهایی یا پیشنهاد کاربردی تهیه و تنظیم شود.

کلیدواژه‌ها حداکثر ۵ واژه و مرتبط با موضوع مقاله به ترتیب الفبایی (متناسب با زبان نوشتار) نوشته شود.

مقدمه شامل بیان مسئله، مبانی نظری و پیشینه پژوهش (با استناد به پژوهشگران بر اساس شیوه APA)، اهداف، فرضیه(های) پژوهش یا پرسش پژوهش. هنگام استناد به پژوهشگران قبلی، در بار اول نام نویسندگان (تا ۴ نفر، در صورتی که بیشتر از ۴ نفر باشند کلمه همکاران به آن اضافه شود) در متن ذکر شود و نام نویسندگان خارجی با شماره‌گذاری بر روی نفر آخر در پاورقی ذکر شود و کلیه نام این نویسندگان در یک سطر قرار گیرد و در بار دوم فقط نام خانوادگی نویسنده اول و کلمه همکاران و سال ذکر شود و نیازی به زیرنویس ندارد.

پانوشته‌ها: در پانوشته حرف اول نام خانوادگی پژوهشگران با حرف بزرگ نوشته شود و نیازی به ذکر نام اول نیست. در پانوشته برای معادل سازی اصطلاحات علمی، معادل خارجی کلمات با حروف معمولی نوشته شود (سایز پانوشته‌ها ۱۰ باشد).

روش شامل نوع طرح پژوهش، توصیف کامل و تعداد جامعه، تعداد نمونه و دلیل روش نمونه‌گیری و شرح کامل ابزار اندازه‌گیری (نام ابزار دقیق به انگلیسی زیرنویس شود بجای کلماتی همچون عبارت، آیت، ماده و ... از کلمه گویه استفاده شود و تعداد آن‌ها ذکر شود. نام ابزار در طول متن معرفی باید همان واژه اولی که بکاررفته است باشد و با زیرنویس هماهنگ باشد. نام خرده مقیاس‌ها یا عامل‌ها با زیرنویس آن‌ها وارد شود. شیوه نمره‌گذاری، چگونگی محاسبه نمره کل ذکر شود. دامنه نمرات قابل دریافت. کسب نمره بالا به چه معناست؟ یا نمره برش چند است. ضرایب روایی و پایایی و روش کار آن‌ها در نسخه اصلی از تدوین کننده با ذکر منبع.

ضرایب روایی و پایایی نسخه بومی سازی شده و روش کار با ذکر منبع فقط یک پژوهشگر کافی است. همه ابزارها باید گزارش همسانی درونی باروش آلفا کرونباخ در مورد نمونه خودتان، اگر از زیر مقیاس‌ها استفاده می‌شود برای زیرمقیاس‌ها را هم در پایان معرفی همان از مون داشته باشند. از نظر طول جلسه و تعداد در هفته و اینکه گروهی یا انفرادی هم بنویسید. برنامه آموزشی از کجا برداشته شده و آیا تغییراتی به آن داده‌اید و پایایی آن چقدر است). اعلام رعایت موازین اخلاقی در هنگام اجرای پژوهش.

یافته‌ها شامل نتایج پژوهش همراه با جدول‌ها و نمودارها (حداکثر ۵ تا) با پیروی از راهنمای عمومی APA. توصیف جداول قبل از ارائه جدول بیاید و کلیه اعداد متن و جداول به فارسی و اعشار آن تا دو رقم با ممیز نوشته شود. کاما و نقطه به جای ممیز گذاشته نشود.

بحث و نتیجه‌گیری تبیین یافته‌ها بر اساس مبانی نظری مطرح در مقدمه و مقایسه با پژوهش‌های قبلی مطرح در مقدمه، جمع‌بندی از تفسیر یافته‌ها، انتقاد و بیان محدودیت‌ها و پیشنهادها.

تشکر و قدردانی: از سازمان حمایتگر یا از شرکت کنندگان تقدیر و تشکر شود.

نگارش فهرست منابع فارسی به زبان انگلیسی: همه نویسندگان ملزم هستند هنگام ارسال مقاله، فهرست منابع فارسی را هم به زبان فارسی و هم به زبان انگلیسی (برگرفته از چکیده انگلیسی مقالات) همراه با فهرست منابع انگلیسی، به ترتیب الفبایی مقاله درج نمایند. لازم به ذکر است اسم کوچک نویسندگان فارسی در فهرست منابع فارسی باید کامل نوشته شود.

منابع داخلی و خارجی که در متن مقاله از آن‌ها استفاده شده است باید روزآمد و ترجیحاً از منبع ۵ سال اخیر باشد. در فهرست منابع، بر اساس ضوابط نگارشی APA ارائه شوند. به شرح زیر تنظیم شوند:

-کتاب(تألیف): نام خانوادگی و نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. عنوان کتاب به صورت ایتالیک، محل چاپ، ناشر.

-کتاب(ترجمه): نام خانوادگی و نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار متن اصلی. عنوان کتاب به صورت ایتالیک، نام و نام خانوادگی مترجم (مترجمان) سال ترجمه، محل چاپ، ناشر.

-مقاله: نام خانوادگی، حرف یا حروف اول نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. عنوان مقاله، نام نشریه به صورت ایتالیک، شماره (Issue) و دوره (Volume) شماره صفحات. (مثل ۱۳(۳): ۸۰-۱۱۰).

-پایان‌نامه: نام خانوادگی و نام نویسنده، سال. عنوان پایان‌نامه به صورت ایتالیک، رشته، نام دانشگاه، کشور.

-پایگاه‌های اینترنتی: ابتدا نشانی URL و سپس تاریخ بازدید به روز، ماه و سال نوشته شود.

چکیده گسترده به زبان انگلیسی

نویسندگان محترم پس از تایید داوران و سردبیر فصلنامه (بازنگری جزئی)، چکیده مبسوط را به شیوه زیر تنظیم نمایند.

صفحات باید A4 با داشتن حاشیه ۲ سانتی‌متر از همه طرف بدون شماره‌گذاری باشد.

عنوان نباید بیش از دوسطر باشد، هرچه کوتاه‌تر بهتر، کلمات با فونت Times New Roman سایز ۱۴ و بولد و حرف اول کلمات اصلی آن بزرگ باید باشد (style Title).

در یک سطر نام و نام خانوادگی نویسندگان به ترتیب چپ به راست (اندازه ۱۲ فونت)، برای هر نویسنده در سطر بعدی درجه علمی، سازمان، شهر، کشور و پست الکترونیک به ترتیب هر نویسنده در یک سطر زیر هم با سایز ۱۰ بیاید.

بخش‌های اصلی چکیده گسترده:

کل فایل چکیده گسترده باید برگرفته از فایل مقاله اصلی و شامل حداقل ۹۰۰ و حداکثر ۱۲۰۰ واژه باشد و بیش از ۳-۴ صفحه نشود. جداول و تصاویر و منابع در شمارش واژگان در نظر گرفته نمی‌شود اما در تعداد صفحات محسوب می‌شوند.

چکیده گسترده شامل بخش‌های زیر باید باشد:

۱- خلاصه و کلمات کلیدی

۲- مقدمه، مرور کوتاهی از ادبیات و بیان مسئله

۳- روش

۴- نتایج

۵- نتیجه‌گیری‌ها و بحث‌ها

۶- ذکر منابع ضروری و روزآمد، صرفاً منابعی که در چکیده مبسوط به آن‌ها استناد داده‌اید.

-خلاصه فقط با (۱۵۰ واژه) با فونت Times New Roman، فاصله تک خط و سایز ۱۰ نوشته شود، که یک پاراگراف، بدون عنوان بندی، هدف و روش و یافته را دربرگیرد و کلمات کلیدی (در حد ۳-۵ کلمه) با کاما جدا شود. باشد

-مقدمه (بررسی ادبیات و بیان مسئله) (۳۰۰ واژه)

کلمه مقدمه با فونت Times New Roman، اندازه فونت ۱۴، پر رنگ Introduction

در بخش مقدمه باید: ۱) دامنه و هدف مقاله را بیان کنید و مشکل را مطرح کنید؛ ۲) خیلی خلاصه از ادبیات مربوطه؛ ۳) روش‌های موجود را توصیف کنید و ۴) یک بررسی کلی از یافته‌های اصلی و پیشینه کار را ارائه دهید. بررسی ادبیات باید به وضوح بیان و توصیف شده با جزئیات کافی یا با مراجع روزآمد کافی باشد. فرضیه‌ها در آخر ذکر شود (مقدمه چکیده مبسوط برگرفته از مقدمه مقاله اصلی است)، نقل قول‌های متن در صورت اشاره، خلاصه، نقل قول یا نقل قول از یک منبع دیگر گنجانده شود، کلیه استنادها در متن، باید یک لیست متناظر در فهرست منابع داشته باشد. سبک استناد APA در متن با استفاده از نام خانوادگی نویسنده و سال انتشار، به عنوان مثال: (Maddi, 2013). برای نویسندگان چندگانه، فقط از نام خانوادگی نویسنده اول

به همراه علامت اختصار همکاران (et al.) استفاده شود، برای مثال: (Ryan, et al. (2018)

-روش Method (۳۰۰ واژه)

روش‌شناسی باید به وضوح بیان و توصیف شده با جزئیات کافی یا با منابع کافی باشد. نویسنده باید سؤال پژوهش را توضیح دهد، چارچوب پژوهش و روش‌های مورد استفاده با جزئیات را توضیح دهد. روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه ذکر شود. علاوه بر این باید مشخص شود چرایی سؤال پژوهش مربوط به نظریه است یا کاربردی است و به همین دلیل روش انتخاب شده برای این مشکل مناسب است. ابزارها و روایی و پایایی آن‌ها ذکر شود.

-نتایج Result (۴۰۰ واژه)

استدلال‌ها و یافته‌ها در این بخش به‌طور کامل شرح داده شود.

گردآوری داده‌ها و نحوه آنالیز آن‌ها، جداول و تصاویر حاصل از نتایج (حداکثر دوجداول یا دو تصویر) و توصیف نتایج بیان شود. تمام جداول، تصاویر و ارقام باید در مرکز باشند. (style Table) ارقام و تصاویر باید شماره داشته باشند (style Figure caption) و عنوان شکل باید زیر شکل یا تصویر قرار گیرد؛ برای جداول، آن‌ها نیز باید شماره‌گذاری شوند و در بالای جدول باید قرار گیرند. منابع جداول، ارقام و تصاویر (در صورت وجود) باید در زیر قرار گیرد که شامل نام نویسنده و تاریخ چاپ آن است.

-نتیجه‌گیری و بحث (۱۵۰ واژه)

نتیجه‌گیری باید شامل موارد زیر باشد: (۱) اصول و تعمیم‌های حاصل از نتایج، (۲) استثنا، مشکلات یا محدودیت‌های کار، (۳) کاربرد نظری و عملی، (۴) نتیجه‌گیری‌ها و پیشنهادها. از منابع استفاده شده در مقدمه چکیده مبسوط در نتیجه‌گیری و بحث استفاده شود.

-منابع

منابع باید به ترتیب حروف الفبا لیست شده و در فرمت مطابق با سبک APA ارائه شوند؛ حداکثر ۸-۱۰ منبع ثبت شود. نام نویسندگان و عنوان مقاله یا کتاب فارسی مستقیماً از قسمت انگلیسی آن‌ها گرفته شود و دقیق باشد.

تشکر و قدر دانی

حمایت مالی

تضاد منافع

ملاحظات

- هیئت تحریریه مجله در رد یا قبول مقالات دریافت شده آزاد است.
- مجله در ویرایش، اصلاح و هماهنگ‌سازی اصطلاحات علمی مقاله، به گونه‌ای که مفاهیم آن تغییر نیابد آزاد است.
- مقالات دریافت شده بازگردانده نخواهد شد.
- ترتیب تنظیم مقالات تأیید شده برای چاپ، بنا به نظر هیأت تحریریه مجله خواهد بود.
- هزینه پردازش مقاله در دو مرحله از سامانه مجله به صورت آنلاین پرداخت می‌شود که هزینه پردازش مرحله اولیه ۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال و هزینه پردازش نهایی قبل از انتشار ۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال است.
- مقاله‌های رسیده نباید پیش‌تر در مجله‌های داخل یا خارج کشور چاپ شده باشد.
- بر اساس آئین‌نامه مجله‌های علمی کشور، مقالات پژوهشی اولویت دارند و دیگر مقالات تألیفی (مانند مقالاتی که به تبیین مبانی نظری علوم روان‌شناختی می‌پردازد) طبق ضوابط آئین‌نامه مذکور بررسی خواهد شد.
- مسئولیت درستی علمی مقاله و داده‌های آن به عهده نویسنده (نویسندگان) خواهد بود.
- نویسندگان مقاله هنگام ثبت مقاله در سامانه ملزم به تکمیل تعهد نامه و فرم تعارض منافع هستند.

فهرست

- ۷-۱۸ مقایسه اثربخشی روش های مداخله فراتشخصی یکپارچه نگر و راه حل - محور بر افکارخودکشی در قربانیان تجاوز جنسی
اسد اسدی حسن وند؛ اسماعیل صدری دمیرچی؛ حسین قمری کیوی؛ علی شیخ الاسلامی
- ۱۹-۲۹ پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان پسر براساس تروماهای دوران کودکی
مهدی احمدی؛ محمدمهدی شریعت باقری؛ مهدی رضایی؛ سمانه خزاعی
- ۳۱-۴۳ مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و بیماران با تشخیص هم‌زمان اختلال روان‌پزشکی و اختلال مصرف مواد
هانیه آتشی پور؛ زینب خسروجردی؛ احسان طاهری؛ فرشته مومنی
- ۴۵-۵۶ پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی بر اساس کنترل تکانه، شرم درونی شده و نشخوارفکری در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب
مژگان عباسی آبرزگه؛ مجید ضرغام حاجبی؛ علیرضا آقاییوسفی
- ۵۷-۶۹ مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت و تنظیم هیجان بر خودپنداره منفی نوجوانان دارای بدتنظیمی هیجان
راشین رجایی؛ مهدی زارع بهرام آبادی؛ محمد رضا عابدی
- ۷۱-۸۳ اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی مبتلایان به کووید-۱۹ تحت درمان خانگی
مرضیه رحمن نژاد سرابی؛ اصغر جعفری
- ۸۵-۹۶ اثربخشی نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب امتحان
علیرضا حسینی صدر؛ عارفه محمدنژاد دوین؛ متینه عبادی؛ سجاد بشرپور
- ۹۷-۱۰۹ اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر خودانتقادی و سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان با نشانگان اضطراب اجتماعی
حوری مالکی؛ عباس جواهری محمدی؛ مسعود غلامعلی لواسانی

مقایسه اثربخشی روش های مداخله فراتشخصی یکپارچه نگر و راه حل - محور بر افکار خودکشی در قربانیان تجاوز جنسی


اسد اسدی حسن‌وند^۱، اسماعیل صدری دمیرچی*^۲، حسین قمری کیوی^۳، علی شیخ‌الاسلامی^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روش های مداخله فراتشخصی یکپارچه نگر و راه حل - محور بر افکار خودکشی در قربانیان تجاوز جنسی انجام شد. این پژوهش نیمه آزمایشی گسترش یافته با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود که با استفاده از روش پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری انجام شد. برهمن اساس سه گروه ۱۲ نفری از بین زنان قربانی تجاوز مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه ها گمارده شدند. در ابتدا از شرکت کنندگان پیش آزمون به عمل آمد سپس متغیر مستقل مداخله فراتشخصی روی گروه آزمایش ۱ و راه حل - محور روی گروه آزمایش ۲ بصورت فردی اجرا شد و بعد از خاتمه آموزش، پس آزمون با فاصله یک هفته اجرا شد. و پس از گذشت یک ماه از اجرای پس آزمون، آزمون پیگیری انجام گردید به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه افکار خودکشی بک استفاده شد و اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل گردید یافته ها نشان داد که هر دو روش افکار خودکشی را در مراجعان کاهش می دهد و مداخله فراتشخصی نسبت به راه حل محور تأثیر بیشتر و معنادارتری دارد.

کلیدواژه‌ها: افکار خودکشی، روش راه حل - محور، روش فراتشخصی یکپارچه نگر

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران 

^۳ استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۴ دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

در سالهای اخیر، توجه مردم به گسترش فرهنگ تجاوز جنسی، خشونت جنسی و آزار و اذیت جنسی در موسسات مختلف و فضاهای اجتماعی شدت یافته است. تا جاییکه جنبش میتواتوسط فعال امور زنان، بورک^۲ در سال ۲۰۰۶ برای حمایت از زنان و دخترانی که خشونت جنسی را تجربه کرده بودند تأسیس شد و در سال ۲۰۱۷ به سرعت به یک پدیده جهانی تبدیل گردید (کلونان روی^۳، ۲۰۲۰).

آزار جنسی و سوءاستفاده جنسی، به رفتارهای مضر و دارای قصد، مرتبط با طبیعت جنسی اشاره میکند که بر اساس جنسیت یا هویت جنسیتی به فرد بزه دیده هدایت میشود (غنی و سید زاده، ۱۴۰۰)، و تجاوز جنسی همان تماس جنسی عمدی و بدون رضایت قربانی است (دوایر و راگستاد، ۲۰۱۸)، که موجب اختلال در سلامت روان می شود و می تواند مواردی چون گرایش به مصرف مواد مخدر و الکل، سندرم استکهلم^۴، افسردگی، بازگشت به خاطرات گذشته، اختلالات شخصیت مرزی، اختلالات خواب، پرخاشگری، احساس گناه، عصبانیت، اعتماد به نفس پایین و خودکشی را ایجاد کند (عیسوند، عبدالوند، لجمیری، شکیبا و همکاران، ۱۳۹۸). دورکین، دکو و فیتزپاتریک (۲۰۲۲) نیز در پژوهشی نشان دادند که رابطه قوی بین تجاوز جنسی و افکار و تلاش های خودکشی وجود دارد؛ به این معنی که نمونه هایی از زنان که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته بودند در مقایسه با نمونه های فاقد تجاوز جنسی، میزان افکار و تلاش های خودکشی بیشتری را در طول عمر نشان دادند. به همین علت انجام ارزیابی های منظم افکار خودکشی، به ویژه در جمعیت های بالقوه در معرض خطر و در افرادی که به تازگی افکار خودکشی را تجربه کرده اند، بسیار مهم است زیرا می تواند توانایی ما را برای تأثیرگذاری بر خطر خودکشی با فعال کردن تلاش های مداخله مؤثرتر در طول فرآیند خودکشی افزایش دهد (گیلمور، وارد سیسیلسکی، اسمالینگ، لیموسکی^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). به همین منظور، در این پژوهش از روش های درمان فراتشخصی و درمان راه حل محور برای بهبود وضعیت روان شناختی و اختلالات هیجانی قربانیان تجاوز جنسی استفاده شده است.

روش های فراتشخصی یکپارچه نگر^۶ به عنوان رویکردهای توصیه شده برای درمان چندین اختلال هم زمان سلامت روان به وجود آمدند، زیرا با صرفه تر هستند و استراتژی کارآمدتر برای کار با اختلالات هم زمان ارائه می دهند و به شناسایی علل و مکانیسم های نگهداری متداول در اختلالات متعدد اشاره دارند (نظری، علیقلی پور و صادقی، ۲۰۲۰)، که از جمله این عوامل نگهدارنده می توان اجتناب یا مهار رفتاری، افکار منفی تکراری مانند نگرانی و نشخوار فکری، احساسات منفی یا روان رنجوری، مشکل در تنظیم و عدم تحمل هیجانات منفی، پاسخ های مقابله ای ناسازگار، محتوای شناختی منفی، کمال گرایی و غیره را نام برد (مانسل، هاروی، واتکینز و شافران^۷، ۲۰۰۹) و با این که این درمان ریشه در سنت شناختی- رفتاری دارد، ولی بر هیجانها

1MeToo

2 Burke

3Clonan-Roy

4Stockholmssyndromet

5Gilmore., Ward-Ciesielski, Smalling, Limowski

6 integrated Transdiagnostic method

7Mansell, Harvey, Watkins & Shafran

و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تاکید می‌کند. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی است (بارلو^۱ و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از عطارد، میکائیلی، مهاجری و وجودی، ۱۳۹۵). تحقیقات گسترده نشان داده است که مشکلات در تنظیم احساسات در توسعه و نگهداری انواع مختلف اختلالات روانی و آسیب شناسی روانی در بازماندگان تروما دخیل است (کوچ، اچرینگ و لاید، ۲۰۲۰) همچنین یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که مداخلاتی که نقص‌های تنظیم هیجان را در نظر می‌گیرند، می‌توانند به کاهش میزان رفتارهای جنسی پرخطر و متعاقب آن خطر قربانی شدن مجدد جنسی کمک کنند (استیل، اشنایدر و شوارتز کوف، ۲۰۲۱). باترهام، کالیر، گالیور و فارر (۲۰۱۹) نیز در تحقیقی اثربخشی درمان فراتشخیصی آنلاین را بر کاهش افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی در بزرگسالان مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند که این درمان می‌تواند باعث بهبودی گروه مداخله در مقایسه با کنترل شود. پژوهش‌های بارلو، فارچیون، بولیس، گالاگر و همکاران (۲۰۱۷) و زمستانی و ایمانی (۱۳۹۵) نیز نشان دادند که یک پروتکل درمان فراتشخیصی می‌تواند در درمان اختلالات اضطرابی و افسردگی موثر باشد. بلینسکی، کریگر، موگی، تریمپاپ^۲ و همکاران (۲۰۲۰) هم در پژوهشی عنوان کردند که تحقیقات نشان داده که تنظیم هیجان یک عامل فراتشخیصی مهم مربوط به درمان اختلالات سلامت روان است و در آخر آگولرا-مارتین، لورا، کادرادو، مورنو و همکاران، (۲۰۲۲) در پژوهش خود به ارزیابی مقرون به صرفه بودن و سودمندی درمان روان شناختی فراتشخیصی فردی در مقابل گروهی برای اختلالات هیجانی پرداختند و نتیجه گرفتند که هر دو درمان موثر است ولی درمان گروهی مقرون به صرفه‌تر است و انعطاف پذیری کمتری دارد.

درمان مختصر راه‌حل محور نیز به عنوان شکلی از درمان سازه‌انگاری، توسط استیو دی شازر، اینسو کیم برگ و همکارانشان در مرکز خانواده درمانی مختصر در میلوکی ایجاد شد. این رویکرد از کار میلتون اچ اریکسون فقید و کار در موسسه تحقیقات ذهنی و همچنین از نظریه‌های پست مدرن، مانند ساخت‌گرایی و ساخت‌گرایی اجتماعی الهام گرفته شده است (زاتلوکا و فورمن، ۲۰۲۲). هدف این رویکرد کمک به افرادی است که از مشکلات روانی رنج می‌برند تا بتوانند علائم خود را مدیریت کنند و ابزارهایی را پیدا کنند که با مشکلات کنار بیایند. حتی این افراد می‌توانند زندگی خود را تغییر دهند؛ در واقع آنها به کمکی برای بهبود توانایی‌های خود و تعیین و رفع علائم نیاز دارند (ارسلان و اولوس، ۲۰۲۰). از آنجا که این رویکرد مبتنی بر انعطاف‌پذیری و راه‌حل‌های قبلی مراجعان و استثنائات آنها در مورد مشکلاتشان است، می‌تواند در اکثر مشکلات فرد مورد استفاده قرار گیرد. این موارد شامل درمان استرس پس از سانحه (محسینی، ۱۴۰۰)، درمان تروما (زاتلوکا و فورمن، ۲۰۲۲)، درمان بازماندگان آسیب‌های جنسی (جونز، لوریسلا، دانیلو، اسمیت و رومنی، ۲۰۲۱)، مشکلات رفتاری و روانی (ارسلان و اولوس، ۲۰۲۰) و درمان خودکشی (فینلیسون، جونز و پیکنز، ۲۰۲۱) است. بنابراین با توجه به این که تجاوز جنسی می‌تواند صدمات جدی و جبران‌ناپذیری به قربانیان و اطرافیان‌شان وارد کند و جامعه را از پویایی و تعالی باز دارد، بر آن شدیم تا در این پژوهش اثربخشی روش‌های مداخله فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و راه‌حل محور را بر افکار خودکشی در قربانیان تجاوز جنسی مورد آزمون قرار

1Barlow

2Bielinski, Krieger, Moggi, Trimpop

3Zatlouka & Furman

۱۰..... مقایسه اثربخشی روش های مداخله فراتشخصی یکپارچه نگر و راه حل محور...

دهیم. لذا پژوهش حاضر در پی بررسی این فرضیه است که بین اثربخشی روش مداخله فراتشخصی یکپارچه نگر و روش راه حل محور بر کاهش افکار خودکشی در قربانیان تجاوز جنسی تفاوت معنی داری وجود دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر یک روش نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه است که با استفاده از روش پیش آزمون و پس آزمون و آزمون پیگیری انجام شد. بر همین اساس سه گروه (هر گروه ۱۲ نفر) از بین زنان قربانی تجاوز جنسی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز انتخاب شدند. ابتدا از همه شرکت کنندگان در شرایط کنترل شده پیش آزمون به عمل آمد سپس متغیر مستقل مداخله فراتشخصی یکپارچه به تعداد ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روی گروه آزمایش ۱ و و روش راه حل محور به تعداد ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روی گروه آزمایش ۲ اجرا شد (جلسات بصورت مشاوره فردی بود) و بعد از خاتمه آموزش، پس آزمون با فاصله یک هفته اجرا شد و پس از گذشت یک ماه از اجرای پس آزمون، آزمون پیگیری انجام گردید. همچنین داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم افزار spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آمار توصیفی شامل: محاسبه میانگین، انحراف معیار و همچنین جهت تعیین معنی داری تفاوت‌های بین میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته، از روش تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در آمار استنباطی استفاده شد. پیش از اجرای پژوهش، رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان گرفته شد و نکات مربوط به اخلاق پژوهش در جریان تحقیق، توسط پژوهشگران اعمال گردید. لازم به ذکر است که این پژوهش دارای کد اخلاق با شناسه IR.UMA.REC.1400.027 می‌باشد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افکار خودکشی بک^۱ - یک پرسشنامه خودسنجی ۱۹ گویه‌ای است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها و طرح‌ریزی برای اقدام به خودکشی طراحی شده است، بر اساس سه درجه نقطه‌ای از ۰-۲ تنظیم شده است. نمره کل از ۰-۳۸ متغیر است. ۵ سوال اول تمایل یا عدم تمایل فرد به خودکشی فعال یا غیرفعال را مشخص می‌کند و در صورتی که از پنج سوال اول نمره ۰-۵ به دست آید نیازی به ادامه پاسخگویی نیست در غیر این صورت می‌تواند ۱۴ سوال دیگر را پاسخ دهد. نمره ۰-۵ نشان‌دهنده عدم وجود افکار خودکشی، نمره ۶-۱۹ دارای افکار خودکشی و نمره ۲۰-۳۸ دارای آمادگی خودکشی است. ضریب پایایی و پایایی بین ارزیابان آن به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ برآورد شده است (بیکن، وو و هرینگن، ۲۰۱۹؛ به نقل از ملکی، ۱۳۹۷). حشمتی، اسماعیلیان، حبیبی و متین پور (۱۳۹۷) نیز در پژوهش خود نشان دادند. روایی همزمان آن با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۷۶ و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ برآورد شده است (به نقل از ملکی، ۱۳۹۷). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۳ به دست آمد.

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله فراتشخیصی یکپارچه (مک کی، فائینگ و زوریتا، ۲۰۱۱؛ ترجمه فروغی و ساعد، ۱۳۹۶)

هدف	محتوا	تغییر رفتار	تکلیف
۱. شفاف سازی ارزش ها	توضیح مفهوم ارزشها، شناسایی ارزش های اصلی	درک معنی و مفهوم ارزش	شناسایی و اجرای طرحهای رفتاری مطابق با ارزشها
۲. آگاهی از هیجان ها بدون قضاوت نسبت به تجارب	انجام تمرینات توجه آگاهی	ماندن در زمان حال	اجرای تمرینات ذهن آگاهی در طول هفته
۳. کاهش ارزیابی منفی و خنثی سازی	انجام نا هم آمیزی	آشنایی با مفهوم نا هم آمیزی	انجام تمرینات گسلش شناختی
۴. گسترش زمینه فکری	انجام تمرینات انعطاف پذیری شناختی	نگاه به جوانب مختلف یک موضوع	انجام تمرینات انعطاف پذیری و پیدا کردن تبیین های جایگزین برای واقعیات
۵. کمک به مراجع برای کسب راحتی و آرامش بخشی	بررسی تکلیف جلسه قبل و تهیه برنامه آرامیدگی و خود آرامش بخشی	خودآرامش بخشی	انجام تمرینات آرامش بخشی در طول هفته
۶. فاصله گیری از اجتناب تجربه ای	انجام عمل متضاد با هیجان بمنظور فاصله گیری از اجتناب تجربه ای	عدم اجتناب از تجارب و هیجانات منفی	انجام اعمال متضاد با هیجانات در طول هفته
۷. کمک به مراجع برای یادگیری و درک اهمیت ارتباط بین فردی موثر	انجام تمریناتی برای یادگیری و بهبود روابط بین فردی همچون گوش دادن توجه آگاهانه	افزایش و بهبود ارتباط بین فردی موثر	انجام تمرینات ارتباط موثر در طول هفته
۸. کاهش ترس از هیجانات منفی و افزایش تحمل	افزایش آگاهی از هیجانات و رویارویی مبتنی بر تصویرسازی با هیجان ها	رویارویی مبتنی بر تصویرسازی با هیجان ها	انجام تمرینات رویارویی مبتنی بر تصویرسازی
۹. خو گرفتن با احساسات دردناک و کاهش اجتناب هیجان	تهیه ی سلسله مراتب رویارویی و انجام رویارویی واقعی با حس های بدن	رویارویی واقعی با حس های بدن هیجان	انجام تمرینات رویارویی با حس های بدن هیجان
۱۰. حساسیت زدایی تجارب دردرساز	انجام رویارویی موقعیتی با تدوین سلسله مراتب رویارویی	رویارویی موقعیتها هیجانات منفی	انجام رویارویی حداقل ۳ یا ۴ بار

۱۲..... مقایسه اثربخشی روش های مداخله فراتشخصی یکپارچه نگر و راه حل_محور...

جدول ۲: خلاصه جلسات آموزشی : مبتنی بر رویکرد راه حل - محور(محسنی، ۱۴۰۰)

تکلیف	تغییر رفتار	محتوا	هدف
یادداشت انتظارات و اهداف خود از حضور در جلسات	آشنایی کلی با ساختار جلسات	معارفه، بیان اصول و قواعد مشاوره	۱. برقراری رابطه درمانی، تعیین چهارچوب ها و بیان اصول کلی
نوشتن اهداف به روش صحیحی که آموزش دیده	تعیین اهداف ملموس و پی بردن به این حقیقت که پتانسیل رسیدن به اهداف را دارند	ترغیب درمانجویان در بیان آنچه که میخواهند به جای تمرکز بر مشکل،	۲. کمک به مراجع جهت تدوین اهداف خودبه صورت ملموس و قابل اندازه گیری
تمرکز بر نقاط قوت و تواناییهای خود	خودآگاهی و پی بردن به نقاط قوت	ترغیب درمانجویان به بیان توانمندیها و تقویت آن ها	۳. شناسایی توانمندیها و کمک به تغییر دیدگاه مراجع نسبت به رویدادها
فکر کردن به موقعیتهای خوشایند	آگاهی از لحظات بدون مشکل و تکرار آن ها	کمک به درمانجویان در جهت یافتن مواردی که توانسته اند بر مشکل غلبه کنند	۴. تشخیص استثنائات مثبت در زندگی و افزایش سطح امیدواری
از مراجع درخواست میشود به سؤال معجزه آسایی که در جلسه مطرح شد، بیشتر فکر کند و به آن پاسخ دهد	توجه به لحظات بدون مشکل	پرسیدن سوال معجزه .	۵. امحاء الگوهای مخل رفتاری با استفاده از پرسش معجزه آسا
مراجعات راه حل های هفته پیشنهادی خودشان را در عمل اجرا کند.	جایگزینی افکار و گفتار مثبت با منفی	کمک به مراجع برای یافتن راه حل های مناسب	۶. آموزش به کار بردن واژهی (به جای) جهت تجربه احساسات جدید
تکمیل پرسشنامه با فاصله یک هفته	شناسایی راه حل های موجود	ارایه خلاصه ای از جلسات درمانی	۷. جمع بندی مطالب گذشته، نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش

دامنه سنی شرکت کنندگان پژوهش ۱۸-۳۵ سال بود که از نظر سطح تحصیلات ۱۰ نفر دارای مدرک سیکل، ۱۳ نفر دارای مدرک دیپلم، ۲ نفر با مدرک فوق دیپلم و ۱۱ نفر هم دارای مدرک لیسانس بودند. جدول ۳، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. برای بررسی همگنی واریانس سه گروه از آزمون همگنی واریانس لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده از لحاظ آماری معنی دار نبود. همچنین نتایج آزمون کلموگروف اسمیرونوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات نشان داد که شرط نرمال بودن توزیع نمرات رعایت شده است. نتایج آزمون باکس نشان داد همگنی واریانس-کوواریانس محقق شده

است ($p=0/15 > 0/05$ و $F=1/77$ و $Box's M=32/91$). بنابراین طبق یافته‌های آزمون ام باکس، کلموگروف اسمیرونوف و لوین مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار می‌باشد. اما، آزمون کرویت موخلی از لحاظ آماری معنادار می‌باشد و پیش فرض کرویت موخلی برقرار نیست. بنابراین، آماره گرینهاوس-گیسر مورد توجه قرار می‌گیرد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر وابسته در گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مرحله	گروه آزمایش ۱		گروه آزمایش ۲		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افکار خودکشی	پیش‌آزمون	۳۰/۲۵	۶/۳۹	۲۸/۶۶	۶/۲۲	۲۶/۹۱	۶/۳۵
	پس‌آزمون	۱۶/۱۶	۴/۶	۲۰/۲۵	۵/۷۷	۲۶/۶۶	۶/۸۵
	پیگیری	۱۴/۴۱	۲/۹۶	۲۱/۸۳	۶/۷۵	۲۶/۵۸	۶/۹۷

طبق جدول ۴، نتایج بررسی تأثیر مداخلات بر افکار خودکشی در هر ۳ گروه نشان داد، تأثیر عامل زمان ($F=61/67$ و $p=0/001$) و عامل گروه ($F=4/36$ و $p=0/02$) معنادار بود. بنابراین حداقل بین دو زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون یا پیگیری) و حداقل بین دو گروه (آزمایش ۱، آزمایش ۲ و کنترل) تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای تعیین اثر مداخلات بر متغیر پژوهش در مراحل مختلف اندازه‌گیری را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در سه مرحله اندازه‌گیری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	p	اندازه اثر	توان آماری
افکار خودکشی	زمان	۱۳۹۵/۵	۱/۶۱	۸۶۵/۳۸	۶۱/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
	زمان * گروه	۸۹۳/۷۷	۳/۲۲	۲۷۷/۱۲	۱۹/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
	بین گروهی	۷۴۷/۲۲	۲	۳۷۳/۸۶	۴/۳۶	۰/۰۲	۰/۲۰	۰/۷۱

در جدول ۵، مقایسه آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که تفاوت میانگین‌های هر سه گروه با یکدیگر، در مرحله پیش‌آزمون معنادار نیست، اما در مرحله پس‌آزمون تفاوت بین گروه آزمایش ۱ و کنترل و گروه آزمایش ۲ و کنترل معنادار است که این امر، نشان‌دهنده تأثیر هر دو مداخله فراتشخصی یکپارچه‌نگر و راه‌حل‌محور بر افکار خودکشی در قربانیان تجاوز جنسی می‌باشد. از سوی دیگر، در مرحله پیگیری، تفاوت گروه آزمایش ۱ و گروه کنترل و تفاوت گروه آزمایش ۱ و گروه آزمایش ۲ معنادار و تفاوت گروه آزمایش ۲ و گروه کنترل غیرمعنادار است که نشان‌دهنده تداوم و ماندگاری اثر مداخله فراتشخصی یکپارچه‌نگر در مرحله پیگیری و عدم تداوم و ماندگاری اثر درمان راه‌حل‌محور در مرحله پیگیری می‌باشد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه گروه‌های سه‌گانه در مراحل مختلف اندازه‌گیری

متغیر	گروه	گروه آزمایش ۱ و		گروه آزمایش ۲ و	
		گروه آزمایش ۱ و کنترل	گروه آزمایش ۲ و کنترل	گروه آزمایش ۱ و کنترل	گروه آزمایش ۲ و کنترل
		خطای	تفاوت	خطای	تفاوت
		میانگین	استاندارد	میانگین	استاندارد
افکار خودکشی	پیش آزمون	۱/۵۸	۲/۵۸	۳/۳۳	۲/۵۸
	پس آزمون	۴/۰۸	۲/۳۷	۱۰/۵**	۲/۳۷
	پیگیری	۷/۴۱*	۲/۳۹	۱۲/۱۶**	۲/۳۹

* $p < 0/05$ و ** $p < 0/01$

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی روش‌های مداخله فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و راه‌حل محور بر افکار خودکشی در قربانیان تجاوز جنسی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و راه‌حل محور منجر به تغییرات معنادار از نظر آماری در آماج‌های درمانی یعنی افکار خودکشی و مولفه‌های آن در گروه‌های آزمایش طی مراحل پس از درمان و پیگیری شد. همچنین مشخص گردید که اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر افکار خودکشی نسبت به درمان راه‌حل محور بیشتر و ماندگارتر است. این نتایج با پژوهش‌های استیل و همکاران (۲۰۲۱)، باترهام و همکاران (۲۰۱۹)، جونزو و همکاران (۲۰۲۱)، محسینی (۱۴۰۰)، ارسلان و اولوس (۲۰۲۰)، فینالیسون و همکاران (۲۰۲۱) و زاتلوکال و فورمن (۲۰۲۲) همسو است.

در خصوص اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر افکار خودکشی در زنان قربانی تجاوز جنسی می‌توان گفت: مدل درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان تاکید می‌کند و بر اساس چندین چارچوب نظری، تنظیم موفق هیجان با پیامدهای سلامتی مثبت مرتبط است (بلینسکی و همکاران، ۲۰۲۰). این رویکرد با پرداختن به مکانیسم‌های مشترک مرتبط با روان رنجوری، به طور خاص، ارزیابی منفی و اجتناب از تجربه هیجانی شدید، می‌تواند تلاش‌های آموزشی را ساده‌تر کند. آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی، آشنایی با راهبردهای مختل‌کننده اجتناب از هیجان، آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب از هیجان و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان است که موجب تعدیل هیجان‌های افراد می‌شود. بنابراین آموزش فراتشخیصی با تکیه بر تکنیک‌های تنظیم هیجان موجب می‌شود افراد به ارزیابی هیجان‌های منفی خود بپردازند که این خود باعث می‌شود افراد، هیجان‌ها را در درون خویش بپذیرند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش‌های آزمایشی در زمینه پیامدهای پذیرش هیجانی، مشخص کرده است که پذیرش در مقایسه با فرونشانی هیجان‌ها با تجربه کمتر ترس، افکار فاجعه‌نمایی، رفتار اجتنابی و بهبودی بهتر در زمینه هیجان منفی همراه بوده است (کمپل-سیلز و بارلو، ۲۰۰۷؛ به نقل از زمستانی و ایمانی، ۱۳۹۵) و دیگر اینکه مهارت‌های این رویکرد، شناسایی و کنترل افکار تأثیرگذار بر هیجان‌ات منفی و رفتارهایی که مولد هیجان‌های منفی هستند، را آسان می‌کند و

همچنین روش‌های مقابله‌ای مناسب برای مدیریت صحیح افکار، احساسات و رفتارها را در اختیار مراجعان قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد چنین آگاهی می‌تواند منجر به پذیرش شرایط، رویارویی سازنده با مسایل و افزایش تاب آوری شده و از این راه باعث کاهش افکار خودکشی در قربانیان تجاوز جنسی گردد.

بنابراین می‌توان چنین گفت که، یک رویکرد فراتشخیصی ایجاد شده است که بر راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمد و فرآیندهای شناختی که اختلالات روانی مختلف مشترک دارند، تمرکز کند. که این امر موجب شده تا در سال‌های اخیر، این رویکرد برای کاهش علائم عاطفی و بهبود کیفیت زندگی مؤثر واقع شود (آگولرا-مارتین و همکاران، ۲۰۲۲).

در مورد اثر بخشی درمان راه‌حل‌محور بر افکار خودکشی نیز می‌توان چنین عنوان کرد که:

رویکرد راه‌حل‌محور می‌تواند به ویژه برای مشتریانی که تروما را تجربه کرده‌اند مؤثر باشد (کیم، ۲۰۰۸؛ به نقل از جونز و همکاران، ۲۰۲۱). مفروضات مشتری محور و مبتنی بر قدرت این درمان فرصت‌های منحصر به فردی را برای توانمندسازی و شفا به مشتریان ارائه می‌دهد. درمانگران بر این باورند که مراجع در راه حل‌های بالقوه متخصص هستند و بنابراین می‌توانند مؤثرترین راه‌ها را برای مقابله با تروما و عبور از آن انتخاب کنند؛ این نوع مالکیت بر فرآیند درمانی خود، به ویژه در مرحله تعیین هدف، مراجع را قادر می‌سازد تا حس کنترل را بازیابد، که این خود لحظه‌ای بسیار قدرتمند و مهم برای مراجعانی است که احساس می‌کنند به دلیل ضربه روحی حس کنترل و اداره خود را از دست داده‌اند (جونز و همکاران، ۲۰۲۱) که این موضوع می‌تواند منجر به بهبود سلامت روانشان شود. بطور کلی در این رویکرد بیمار در موضع قدرت قرار دارد و به جای بررسی جنبه‌های آسیب‌زا و مشکل‌دار مراجع، از بیمار خواسته می‌شود تا به جنبه‌ها و زمان‌هایی در زندگی‌اش فکر کند که این مشکل وجود ندارد و هر گونه گام کوچک و جنبه مثبت مراجع تایید می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد این نگاه متفاوت به مراجع و مشکل، باعث کاهش افکار خودکشی و همینطور امیدوار کردن مراجع به فردایی می‌شود که احتمال مشکلات کمتر هستند.

در مورد ماندگاری تاثیر روش مداخله فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در متغیر افکار خودکشی در مرحله پیگیری، می‌توان چنین گفت که: استراتژی‌های آموزشی، خودکنترلی افکار، مواجهه، پیشگیری و مدیریت پاسخ‌ها که همگی در مطالعات گذشته نتایج خوبی را داشته‌اند، بخشی از تکنیک‌های به کار برده شده در مدل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بودند (ساکیریس و برل، ۲۰۱۹) که می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا هیجانانگ خود را تنظیم و افکار خود را بهتر مدیریت کنند.

در اشاره به محدودیت‌های پژوهش حاضر باید گفت: نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مربوط به مراجعان زن قربانی تجاوز جنسی می‌باشد لذا تعمیم نتایج آن به سایر افراد و گروه‌ها باید با احتیاط صورت گیرد و دیگر اینکه به دلیل محدودیت زمانی پژوهش، پیگیری نتایج تنها در یک دوره یک ماهه صورت گرفت و نبود اطلاعات کافی در مورد تداوم روند بهبودی شرکت‌کنندگان از جمله محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود؛ حال از آن‌جا که نتایج تحقیق نشان داد که این درمان‌ها بر افکار خودکشی در قربانیان تجاوز جنسی تأثیر دارند، لذا پیشنهاد می‌شود برای کمک به این مراجعان کارگاه‌های مشاوره و روان‌شناسی با عنوان روش‌های مداخله فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و راه‌حل‌محور برگزار شود و از این طریق به آن‌ها کمک شود تا زندگی بهتری داشته باشند.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر برگرفته از رساله دکتری مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی است. بدین وسیله از تمامی افرادی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر می شود.

منابع

- زمستانی، مهدی و ایمانی، مهدی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخصی بر نشانه های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان. *روانشناسی معاصر*، ۱۱، ۲۱-۳۲.
- عطارد، نسترن؛ میکائیلی، نیلوفر؛ مهاجری، نسترن؛ وجودی، بابک (۱۳۹۵). اثر درمان فراتشخصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک موردی. *مجله طنین سلامت*، ۴(۴): ۵۴-۶۲.
- عیسوند، صبا و عبدالوند، امین و لجمیری، شکیبا و بلنده، عارف و پلارک، فردوس (۱۳۹۸). اختلالات سلامت روان در قربانیان تجاوز جنسی: مرور سیستماتیک، هشتمین کنفرانس بین المللی سلامت زنان، تهران
- غنی، مهرداد و سیدزاده، سید مهدی. (۱۴۰۰). بررسی میزان بزه‌دیدگی‌آزار و اذیت جنسی دیجیتال بر روی بزرگسالان با نگاه به افراد تراجنسی. *پژوهشنامه حقوق کیفری*، ۲۰۵-۲۲۴.
- کردی، حسین و حسینی نوذری، سید علی اصغر. (۱۳۹۴). تجربه انواع آزار جنسی. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۵، ۵۷، ۳۰-۷.
- محسینی، ایمان (۱۴۰۰). اثربخشی درمان راه حل - محور به شیوه گروهی بر استرس پس از سانحه در زنان قربانی خشونت خانگی، نهمین همایش ملی علمی-پژوهشی روان شناسی و علوم تربیتی، شیروان، <https://civilica.com/doc/124912>
- مک کی، متیو؛ فانینگ، پاتریک؛ زوریتا، پاتریشیا (۲۰۱۱). *ذهن و هیجان-درمان فراتشخصی اختلال های هیجانی*. ترجمه: علی اکبر فروغی و امید ساعد (۱۳۹۶). تهران: انتشارات ابن سینا.
- ملکی، بهرام (۱۳۹۷). نقش عزت نفس آشکار و ناآشکار در پیش بینی نشگان افسردگی، افکار خودکشی و احساس تنهایی. *مطالعات روان شناختی*، ۱۴(۴)، ۹۱-۱۰۶.
- Aguilera-Martín, A., Gálvez-Lara, M., Cuadrado, F., Moreno, E., , García-Torres, F., Venceslá, J., Corpas, J. (2022). Cost-effectiveness and cost-utility evaluation of individual vs. group transdiagnostic psychological treatment for emotional disorders in primary care (PsicAP-Costs): a multicentre randomized controlled trial protocol. *BMC Psychiatry*, <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03726-4>
- Arslan, Ü., & Ulus, İ. Ç. (2019). Solution Focused Brief Therapy Training. *Bartın University Journal of Faculty of Education*, 9(1), 1-12.
- Atarod, N., Mikayli, N., Mohajeri, N., Vojoudi, B. (2016). The effect of integrated transdiagnostic treatment on anxiety disorders and depression: a single case design. *TaninSalamat Journal*, 4(4): 54-62. (Text in Persian)
- Barlow, D.H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M.W., Murray -Latin, H., Sauer -Zavala, S. and et al. (2017). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis -specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875 84
- Batterham PJ, Calear AL, Gulliver A, Farrer LM. (2019). Efficacy of a transdiagnostic, video-based online program for reducing depression, anxiety, and suicidal ideation in adults: Protocol for a randomised controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*.
- Bielinski, L., Krieger, T., Moggi, F., Trimpop, L., Willutzki, U., Nissen, C., Berger, T. (2020). REMOTION Blended Transdiagnostic Intervention for Symptom Reduction and Improvement of Emotion Regulation in an Outpatient Psychotherapeutic Setting: Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR RESEARCH PROTOCOLS*, 9(11)

- Clonan-Roy, K., Goncy, E. A., Naser, S. C. *et al.* (2020). Preserving Abstinence and Preventing Rape: How Sex Education Textbooks Contribute to Rape Culture. *Arch Sex Behav*.
- Dworkin, E. R., DeCou, C. R., & Fitzpatrick, S. (2022). Associations between sexual assault and suicidal thoughts and behavior: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(7), 1208–1211.
- Dwyer, E. & Rogstad, K. (2018). Safeguarding and sexual assault. *Medicine*, <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2018.02.003>
- Farjiha, M., Mirkhalili, M., Siavashi, S. (2022). Examining the consequences of sexual harassment by blood relative. *Social Welfare Quarterly*, 84, 177-228. (Text in Persian)
- Finlayson, B. T., Jones, E. & Pickens, J. C. (2021). Solution Focused Brief Therapy Telemental Health Suicide Intervention. *Contemporary Family Therapy*.
- Ghani, M. and Seyedzadeh, S.. (2021). Investigating the rate of victimization of digital sexual harassment on adults with regard to transgender people. *Journal of Criminal Law*, 205-224. (Text in Persian)
- Gilmore, A. K., Hahn, C. E., Jaffe, E. A., Walsh, K., Moreland, A. D. & Ward-Ciesielski, E. F. (2018). Suicidal ideation among adults with a recent sexual assault: Prescription opioid use and prior sexual assault. *Addictive Behaviors*, 85, 120-124.
- Gilmore, A.K., Ward-Ciesielski, E.F., Smalling, A., Limowski, A., Hahn, C. & Jaffe, A. (2020). Managing post-sexual assault suicide risk. *Arch Womens Ment Health* 23, 673–679.
- Jones, E. R., Lauricella, D., D’Aniello, c., Smith, M. & Romney, J. (2021). Integrating Internal Family Systems and Solutions Focused Brief Therapy to Treat Survivors of Sexual Trauma. *Contemporary Family Therapy*. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09571-z>
- Koch, T., Ehring, T., Liedl, A. (2020). Effectiveness of a transdiagnostic group intervention to enhance emotion regulation in young afghan refugees: A pilot randomized controlled study, *Behaviour Research and Therapy*, doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103689>.
- Maleki, B. (2017). The role of manifest and latent self-esteem in predicting Depression symptoms, suicidal thoughts and feelings of loneliness. *Psychological Studies*, 14(4), 91-106. (Text in Persian)
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 6-19.
- McKay, M., Fanning, P., Zurita, P. (2011). *Mind and Emotion: transdiagnostic treatment for emotional disorders*. Translation: Ali Akbar Foroughi and Omid Saed (2016). Tehran: Ibn Sina Publications. (Text in Persian)
- Mohsini, I. (2021). The effectiveness of group-based solution-oriented therapy on post-traumatic stress in women victims of domestic violence, ninth National Scientific Research Conference on Psychology and Educational Sciences, Shirvan. (Text in Persian)
- Nazari, N., Aligholipour, A. & Sadeghi, M. (2020). Transdiagnostic treatment of emotional disorders for women with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *BMC Women's Health*, 20, 245.
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101-107..
- Steil, R., Schneider, A. & Schwartzkopff, L. (2021). How to Treat Childhood Sexual Abuse Related PTSD Accompanied by Risky Sexual Behavior: A Case Study on the Use of Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD). *Journ Child AdolTrauma*. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00421-6>
- Tambling, R. B. (2012). Solution-Oriented Therapy for Survivors of Sexual Assault and Their Partners. *Contemp Family Therapy*, 34:391–401.
- Trepper, T. S., Dolan, Y., McColam, E. E., & Nelson, T. (2006). STEVE DE SHAZER AND THE FUTURE OF SOLUTION-FOCUSED THERAPY. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 133–139.
- Zatloukal, L & Furman, B. (2022). The Solution-Focused Approach to Trauma Therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, DOI: 10.1080/10720537.2022.2035863

- Zatloukal, L., & Furman, B. (2022). The Solution-Focused Approach to Trauma Therapy, *Journal of Constructivist Psychology*, DOI: 10.1080/10720537.2022.2035863
- Zemestani, M. & Imani, M. (2015). The effectiveness of transdiagnostic treatment on the symptoms of depression, anxiety and emotion regulation. *Contemporary Psychology*, 11, 21-32. (Text in Persian)



© 2022 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BYNC4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان پسر براساس تروماهای دوران کودکی

مهدی احمدی^۱، محمد مهدی شریعت باقری^۲، مهدی رضایی^{۳*}، سمانه خزایی^۴

چکیده

هدف این پژوهش، پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان پسر براساس تروماهای دوران کودکی بود. روش این پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه آماری را کلیه دانش‌آموزان پسر دوره اول و دوم متوسطه مدارس شهرستان رباط کریم (استان تهران) در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ تشکیل داد. تعداد ۳۱۰ دانش‌آموز به صورت نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های افسردگی کودک و نوجوان کوکس و ترومای کودکی برنشتاین پاسخ دادند. داده‌ها بوسیله آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون استاندارد تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که ترکیب خطی متغیرهای تروماهای دوران کودکی (سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده فیزیکی، جنسی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی) به طور معناداری افسردگی دانش‌آموزان را پیش‌بینی می‌کند. از میان تروماهای دوران کودکی، سوءاستفاده هیجانی و سوءاستفاده فیزیکی به طور معناداری افسردگی دانش‌آموزان را پیش‌بینی کرد. ولی سوءاستفاده جنسی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی نتوانستند افسردگی را به طور معناداری پیش‌بینی کنند. همچنین مدل حاضر توانست ۲۵ درصد از واریانس افسردگی دانش‌آموزان را تبیین کند. در این مطالعه داده‌ها از نقش معنادار تروماهای کودکی بویژه سوءاستفاده هیجانی و فیزیکی در دانش‌آموزان حمایت می‌کند. پیشنهاد می‌شود که در درمان افسردگی دانش‌آموزان تاریخچه تروماهای دوران کودکی نیز مورد توجه متخصصان بالینی قرار بگیرد.

کلیدواژه‌ها: تروماهای دوران کودکی، دانش‌آموزان، نشانه‌های افسردگی

^۱ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی بالینی-تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳ نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران ✉

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران

مقدمه

جامعه دانش‌آموزی بخش عظیمی از جمعیت کشور ما را تشکیل داده است. یکی از مشکلات و اختلال‌های روانی که جامعه دانش‌آموزی را تهدید می‌کند افسردگی است. شیوع افسردگی در دانش‌آموزان ۱۷/۲ تا ۱۸/۴ درصد برآورد گردید است (ژو، راو، کاو، ون^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ بانسال، گویال و سیرواستاوا^۲، ۲۰۱۹). در دانش‌آموزان ایرانی نیز میزان شیوع افسردگی شدید، متوسط و خفیف به ترتیب ۱۳، ۱۸ و ۳۱ درصد گزارش شده است که می‌تواند هزینه‌های گزافی را برای جامعه تحمیل کند (کریمی، یادگاری، ساروخانی، فرخی و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین با توجه به شیوع بالای افسردگی مطالعه در این حیطه ضروری به نظر می‌رسد.

به عقیده بسیاری از نظریه‌پردازان، بعضی از اختلالات روان‌شناختی از قبیل افسردگی در تجارب آسیب‌زا و تروماهای دوران کودکی^۳ افراد ریشه دارد (لینهان^۴، ۱۹۹۳؛ آرتنز و جندرن^۵، ۲۰۰۹). برای مثال، لینهان (۱۹۹۳) معتقد است تروماها وقتی رخ می‌دهند که تجربیات خصوصی^۶ کودکان با پاسخ‌های نامنظم، نامناسب و شدید اطرافیان مواجه شود. از نظر لینهان (۱۹۹۳) تروماهای دوران کودکی از طریق اعتبارزدایی هیجان^۷ و تجربیات، زمینه‌ساز اختلالات روان‌شناختی می‌شوند. به عبارت دیگر، در محیط‌های آسیب‌زا تجربیات خصوصی کودکان، اغلب مجازات در پی دارد یا بی‌اهمیت جلوه می‌دهد. از نظر او سواستفاده و غفلت از نمونه‌های اعتبارزدایی هیجانی شدید هستند. همچنین آرتنز و جندرن (۲۰۰۹) معتقدند تروماهای دوران کودکی وقتی رخ می‌دهند که نیازهای اساسی^۸ کودکان ارضا نشوند و از طریق گسترش طحاره‌های^۹ منفی درباره خود و دیگران (مثل، بی‌اعتمادی، شکست، بی‌کفایتی و غیره) زمینه‌ساز اختلالات روان‌شناختی می‌شوند. از نظر برنستاین، استین، نیوکومب، والکر^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۳) نیز تروماهای دوران کودکی دارای پنج مولفه زیر است: سوءاستفاده هیجانی^{۱۱} (شرایطی که به کودک القا شود، موجودی بی‌ارزش، معیوب، منفور، ناخواسته و مخاطره‌انگیز است)، سوءاستفاده جنسی^{۱۲} (رابطه جنسی میان یک کودک و یک بزرگسال یا دو کودک، زمانی که یکی از آنها به طور مشخص بزرگتر بوده یا از زور و اجبار استفاده کرده است)، سوءاستفاده فیزیکی^{۱۳} (ایجاد جراحت عمدی یا وارد کردن ضربه‌های جسمانی به کودک کمتر از ۱۸ سال توسط یک بزرگسال)، غفلت

1. Xu, Rao, Cao, & Wen
2. Bansal, Goyal, & Srivastava
3. Childhood traumas
4. Linehan
5. Arentz & Genderen
6. Private experiences
7. Emotional invalidation
8. Basic needs
9. Schemas
10. Bernstein, Stein, Newcomb, & Walker
11. Emotional abuse
12. Sexual abuse
13. Physical abuse

هیجانی^۱ (اعمال حذفی^۲ که در آن کودک مراقبت و حمایت عاطفی مناسبی را دریافت نمی‌کند) و غفلت فیزیکی^۳ (اعمال حذفی که طی آن کودک از امکاناتی از قبیل امنیت، تغذیه، پوشاک، سرپناه، مراقبت های پزشکی و غیره محروم می‌شود). مطالعات امروزی هم بر نقش تروماهای دوران کودکی در افسردگی دانش‌آموزان تأکید می‌کنند (ویبهاکار، آلن، گی و میسر-استدمن^۴، ۲۰۱۹؛ چانگ، جی، لی، یان^۵ و همکاران، ۲۰۲۱؛ کوزمینزکیات، پنینکس، ون‌هارملن، الیزینگا^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). برای مثال، فراتحلیل ویبهاکار و همکاران (۲۰۱۹) و کوزمینزکیات و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که تروماهای دوران کودکی، از بین اختلالات روانی، بیشترین ارتباط را با افسردگی دارد. همچنین، جو، وانگ، لو، سان^۷ و همکاران (۲۰۲۰) و چن، ژانگ، هانگ، ژو^۸ و همکاران، (۲۰۲۱) گزارش کردند که تروماهای دوران کودکی به طور مستقیم و غیرمستقیم افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. در مطالعه محمدپور، نظری و فرهادی (۱۳۹۵) نیز، نمره کلی بدرفتاری روان‌شناختی (عدم پاسخ‌گویی هیجانی، طرد کردن، غیراخلاقی بودن، پرتوقع بودن و منزوی سازی) افسردگی بزرگسالی را پیش‌بینی می‌کرد. با توجه به بررسی ادبیات پژوهش به نظر می‌رسد که در این حیطه، در ایران مطالعات کمتری بر روی دانش‌آموزان صورت گرفته است. بنابراین، تعیین توان پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی بوسیله ابعاد تروماهای کودکی در دوره نوجوانی و دانش‌آموزان در جامعه ایرانی نیز ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، پژوهش‌ها گاهی نتایج ناهمخوان را گزارش کرده‌اند که اهمیت مطالعات مجدد در این زمینه را بیشتر می‌کند. برای مثال، در مطالعه لی، ژائو و یو^۹ (۲۰۲۲) از بین تروماها، فقط سواستفاده هیجانی افسردگی را پیش‌بینی می‌کرد و در فراتحلیل هامفریز، لی‌مولت، ویر، پیرسیکا^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۰) سوءاستفاده و غفلت هیجانی بیشترین ارتباط را با افسردگی داشت. درحالی‌که، آدامز، مروگ و نایت^{۱۱} (۲۰۱۸) و اسپچور، ویگرت، بروکل، اولوف^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۸) گزارش کردند که از بین ابعاد پنج‌گانه تروما تنها سوءاستفاده فیزیکی و جنسی می‌تواند افسردگی را پیش‌بینی کند. همچنین در چند مطالعه دیگر فقط غفلت هیجانی، افسردگی را پیش‌بینی می‌کرد (سکوسکی، گامبین، کادو، وزنیاک-پروس^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰؛ گلیکمان، چوی، لویسر، اسمیت^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۱).

همچنین اکثر این مطالعات در نمونه‌های بزرگسال صورت گرفته که با احتمال خطای حافظه (به علت گذشته‌نگر بودن سوالات پرسشنامه تروماهای کودکی) مواجه است. بنابراین، با توجه به آنچه که مطرح گردید و اهمیت تاثیر تروماهای کودکی در تحول و بروز افسردگی و تناقض یافته‌ها و نیز کمبود مطالعات در ایران بر روی جمعیت نوجوان و دانش‌آموزی، پژوهش حاضر به

1. Emotional neglect
2. Reduced actions
3. Physical neglect
4. Vibhakar, Allen, Gee, & Meiser-Stedman
5. Chang, Ji, Li, & Yuan
6. Kuzminskaite, Penninx, van Harmelen, & Elzinga
7. Ju, Wang, Lu, & Sun
8. Chen, Zhang, Huang, & Xu
9. Li, Zhao, & Yu
10. Humphreys, LeMoult, Wear, & Piersiak
11. Adams, Mrug, & Knight
12. Scheuer, Wiggert, Brückl, & Awaloff
13. Sekowski, Gambin, Cudo, & Wozniak-Prus
14. Glickman, Choi, Lussier, & Smith

۲۲..... پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان پسر براساس تروماهای دوران کودکی

دنبال آزمون فرضیه کلی زیر است: ابعاد پنج‌گانه تروماهای کودکی (سوءاستفاده هیجانی، جنسی، فیزیکی، غفلت هیجانی و فیزیکی) نشانه‌های افسردگی را در دانش‌آموزان پیش‌بینی می‌کند.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها از مطالعات توصیفی-مقطعی (همبستگی) و به لحاظ هدف، کاربردی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان پسر متوسطه اول و دوم شهرستان رباط‌کریم تشکیل دادند که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای تعداد ۳۱۰ نفر انتخاب شدند. به این منظور، از میان ۱۰ مدرسه شهرستان رباط‌کریم، ۴ مدرسه و از هر مدرسه ۲ کلاس به صورت تصادفی (در مجموع ۸ کلاس) انتخاب شد. تعداد نهایی نمونه بعد از حذف داده‌های پرت (۱۰ نفر) و پرسشنامه‌های ناقص (۱۸ نفر) به ۲۸۲ نفر کاهش یافت. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی بین ۱۴ تا ۱۷ سال (چون پرسشنامه ترومای کودکی برای ۱۴ سال و بالاتر از اعتبار بهتری برخوردار است)، جنسیت پسر، پایه هشتم تا یازدهم، رضایت به شرکت در مطالعه. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به بیماری‌های جسمی، از دست دادن وابستگان درجه یک در دو ماه اخیر، سابقه بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی به علت ابتلا به اختلال‌های روانی غیر از افسردگی.

در فرایند اجرای پژوهش نیز، بعد از اخذ مجوز از اداره آموزش پرورش رباط‌کریم و مدیران مدارس، شرکت‌کنندگان براساس ملاک‌های ورود و خروج به صورت گروهی (هر کلاس به طور مجزا) پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. میانگین پاسخدهی به پرسشنامه حدود ۲۰ دقیقه بود که باحضور محقق در کلاس جهت پاسخ‌گویی به سئوالات احتمالی همراه بود. همچنین به علت وجود سئوالات حساس در پرسشنامه (سئوالات مربوط به سوءاستفاده جنسی)، از اخذ اطلاعات شخصی خودداری شده و فاصله بین دانش‌آموزان رعایت گردید. در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق شاخص‌های توصیفی، همبستگی مرتبه صفر پیرسون و تحلیل رگرسیون استاندارد بوسیله برنامه SPSS21 انجام پذیرفت. ابزارهای این پژوهش عبارت بودند از:

فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی^۱ (CTQ-SF): این پرسشنامه را برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) برای جمعیت عمومی و بالینی طراحی کرده‌اند که ۲۵ گویه دارد و پنج حوزه تروماهای دوران کودکی را به ترتیب زیر پوشش می‌دهد: سوءاستفاده هیجانی، جنسی، فیزیکی و غفلت هیجانی و فیزیکی. این پرسشنامه در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز رخ نداده=۱، اکثر اوقات رخ داده=۵) نمره‌گذاری می‌شود و از مجموع نمرات گویه‌ها، نمره کل بدست می‌آید. دامنه نمرات برای هرکدام از زیرمقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ می‌باشد و دامنه نمرات برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. هرچه نمره فرد بالا باشد یعنی تروماهای کودکی بیشتری را تجربه کرده است. اعتبار همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ قرار دارد (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۸۱ (سوءاستفاده فیزیکی) تا ۰/۹۴ (سوءاستفاده جنسی) برآورد کردند. رضایی، غضنفری و رضایی (۱۳۹۵) در بررسی اعتبار سازه‌ای، پنج عامل سوءاستفاده هیجانی، جنسی، فیزیکی، غفلت هیجانی و فیزیکی را استخراج کردند و پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب بالا، ۰/۷۳، ۰/۶۹، ۰/۶۸، ۰/۷۶ و ۰/۷۱

گزارش کردند. در مطالعه حاضر نیز با نمونه ۲۸۲ نفر، آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۹ بدست آمد. همچنین آلفای کرونباخ برای برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب بالا، ۰/۷۰، ۰/۶۸، ۰/۶۹، ۰/۷۵ و ۰/۷۱ برآورد شد.

پرسشنامه افسردگی کودک و نوجوان^۱ (CDI): این پرسشنامه توسط کواکس^۲ (۱۹۸۵) برای سنجش افسردگی کودکان و نوجوانان تهیه شده است. پرسشنامه حاضر شامل ۲۷ گویه است و هر ۲۷ گویه براساس یک مقیاس سه درجه‌ای ۰ (هرگز)، ۱ (گاهی اوقات)، ۲ (اغلب اوقات) درجه‌بندی شده است. نمره صفر نشان‌دهنده فقدان نشانه، نمره یک، بیانگر نشانه متوسط و نمره ۲، بیانگر وجود نشانه آشکار است. پرسشنامه، شامل پنج خرده مقیاس خلق منفی^۳، مشکلات بین فردی^۴، ناکارآمدی^۵، بی‌لذتی^۶ و عزت نفس منفی^۷ است. حداکثر و حداقل نمره پرسشنامه بین ۰ تا ۵۴ می‌باشد و نمره بالا نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. اعتبار همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان افسردگی ۰/۶۰ برآورد شده و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمده است (کواکس، ۱۹۸۵). در ایران روایی همگرای آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس افسردگی کودکان^۸ به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ بدست آمده است و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۳ و برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب بالا، ۰/۵۱، ۰/۳۸، ۰/۵۵، ۰/۶۰ و ۰/۶۰ گزارش شده است. همچنین، پایایی به روش بازآزمایی (با فاصله سه هفته) برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۵ (مشکلات بین فردی) تا ۰/۸۳ (عزت نفس منفی) است (دهشیری، نجفی، شیخی و حبیبی، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر نیز مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه، ۰/۷۹ بدست آمد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان برابر با $15 \pm 1/76$ بود. همچنین تعداد افراد کلاس هشتم ۶۵ نفر، کلاس نهم ۷۴ نفر، کلاس دهم، ۶۹ نفر، کلاس یازدهم ۷۶ نفر بودند و ۲۶ نفر نیز پرسشنامه ناقص یا داده‌های پرت داشتند. جدول ۱ نیز شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همانطوری که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین متغیرهای سوءاستفاده هیجانی ۷/۱۹، سوءاستفاده جنسی ۵/۸۳، سوءاستفاده فیزیکی ۵/۵۷، غفلت هیجانی ۹/۲۳، غفلت فیزیکی ۸/۴۸ و افسردگی ۱۴/۸۰ است.

1. Children's Depression Inventory
2. Kovacs
3. Negative mood
4. Interpersonal problems
5. Ineffectiveness
6. Anhedonia
7. Negative self-esteem
8. Child depression scale

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی پژوهش در کل نمونه (n=۲۸۲)

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سوءاستفاده هیجانی	۷/۱۹	۲/۹۴	۵	۲۰
سوءاستفاده جنسی	۵/۸۳	۲/۳۸	۵	۱۶
سوءاستفاده فیزیکی	۵/۵۷	۱/۳۵	۵	۱۵
غفلت هیجانی	۹/۲۳	۳/۷۹	۵	۲۲
غفلت فیزیکی	۸/۴۸	۲/۸۸	۵	۱۸
افسردگی	۱۴/۸۰	۱۰/۰۹	۰	۴۴

سپس همبستگی مرتبه صفر پیرسون میان متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۲ قابل مشاهده است. همانطوری که جدول ۲ نشان می‌دهد دامنه همبستگی میان متغیرها از ۰/۳۲ (بین غفلت فیزیکی و سوءاستفاده جنسی) تا ۰/۶۴ (بین غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی) متغیر می‌باشد و همبستگی بین تمام متغیرها معنادار است ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۲: ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین متغیرهای پژوهش (n=۲۸۲)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- سوءاستفاده هیجانی	-					
۲- سوءاستفاده جنسی	۰/۵۴ **	-				
۳- سوءاستفاده فیزیکی	۰/۴۴ **	۰/۵۱ **	-			
۴- غفلت هیجانی	۰/۵۱ **	۰/۳۴ **	۰/۳۳ **	-		
۵- غفلت فیزیکی	۰/۴۷ **	۰/۲۶ **	۰/۳۰ **	۰/۶۴ **	-	
۶- افسردگی	۰/۴۳ **	۰/۳۲ **	۰/۳۸ **	۰/۳۶ **	۰/۳۲ **	-

** $P < ۰/۰۱$

در مرحله بعد، قبل از وارد کردن متغیرهای پیش‌بین در معادله رگرسیون استاندارد مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه بهنجاری چندمتغیری از طریق محاسبه قدرمطلق آماره‌های چولگی^۱ و کشیدگی^۲، مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه از طریق بررسی ماتریس همبستگی و عامل‌های تحمل^۳ و تورم واریانس^۴ (VIF) تایید گردید و سپس داده‌های پرت تک‌متغیری و چندمتغیری به ترتیب از طریق نمودار جعبه‌ای و فاصله مهالانوبیس^۵ تعیین و حذف شدند و تعداد نمونه از ۳۱۰ به ۲۸۲ نفر تقلیل یافت. در نهایت افسردگی به عنوان متغیر وابسته و ۵ متغیر سوءاستفاده هیجانی، فیزیکی، جنسی و غفلت هیجانی و

1. Skewness
2. Kurtosis
3. Tolerance
4. Variance inflation factor (VIF)
5. Mahalanobis Distance

فیزیکی وارد معادله رگرسیون شدند. جدول ۳ نتایج آزمون رگرسیون استاندارد برای برازش مدل را نشان می‌دهد. همانطوری که جدول ۳ نشان می‌دهد مدل حاضر (ترکیب خطی متغیرهای سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی) برای پیش‌بینی افسردگی دانش‌آموزان برازش دارد ($P < 0/0001$, $F_{(5, 276)} = 14/18$). به عبارت دیگر، ترکیب خطی متغیرهای تروماهای کودکی (سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده فیزیکی، جنسی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی) به طور معناداری افسردگی دانش‌آموزان را پیش‌بینی می‌کند ($P < 0/0001$, $R_{\text{مجدور}} = 0/25$, $F_{(5, 276)} = 14/18$). همچنین مدل حاضر ۲۵ درصد از واریانس افسردگی دانش‌آموزان را تبیین می‌کند.

جدول ۳: نتایج آزمون رگرسیون خطی همزمان برای برازش مدل ($n=282$).

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	R	مجدور R	مجدور تعدیل یافته
رگرسیون	۵۵۱۸/۶۷	۵	۱۱۰۳/۷۳	۱۴/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۰/۲۵	۰/۲۳
باقیمانده	۱۶۵۸۳/۸۸	۲۷۶	۷۷/۸۶					
کل	۲۲۱۰۲/۵۵	۲۸۱						

بعلاوه، جدول ۴ سهم یگانه متغیرهای سوءاستفاده هیجانی، فیزیکی، جنسی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی در پیش‌بینی افسردگی دانش‌آموزان را نشان می‌دهد. همانطوری که جدول ۴ نشان می‌دهد فقط دو متغیر سوءاستفاده هیجانی ($P=0/009$ ، $t=2/64$ ، $\beta=0/21$) و سوءاستفاده فیزیکی ($P=0/026$ ، $t=2/25$ ، $\beta=0/17$) می‌توانند افسردگی دانش‌آموزان را پیش‌بینی کنند. به عبارت دقیق‌تر، به اندازه یک واحد استاندارد افزایش در سوءاستفاده هیجانی، افسردگی دانش‌آموزان ۰/۲۱ واحد استاندارد افزایش می‌یابد و به اندازه یک واحد استاندارد افزایش در سوءاستفاده فیزیکی، افسردگی دانش‌آموزان ۰/۱۷ واحد استاندارد افزایش می‌یابد. درحالی‌که سوءاستفاده جنسی، غفلت فیزیکی و هیجانی نتوانستند افسردگی دانش‌آموزان را به طور معناداری پیش‌بینی کنند ($P > 0/05$).

جدول ۴: ضرایب غیراستاندارد و استاندارد تروماهای کودکی در پیش‌بینی افسردگی دانش‌آموزان.

مدل	ضرایب غیراستاندارد (B)	خطای انحراف استاندارد	ضرایب استاندارد (β)	t	معناداری	همبستگی جزئی
ثابت	۵/۱۹	۲/۸۶		۱/۸۱	۰/۰۷	
سوءاستفاده هیجانی	۰/۷۲	۰/۲۷	۰/۲۱	۲/۶۴	۰/۰۰۹	۰/۱۶
سوءاستفاده فیزیکی	۱/۲۶	۰/۵۶	۰/۱۷	۲/۲۵	۰/۰۲۶	۰/۱۳
سوءاستفاده جنسی	۰/۴۳	۰/۴۰	۰/۰۸	۱/۰۸	۰/۲۸۰	۰/۰۶
غفلت هیجانی	۰/۳۲	۰/۲۲	۰/۱۲	۱/۴۷	۰/۱۴۰	۰/۰۹
غفلت فیزیکی	۰/۲۷	۰/۲۸	۰/۰۸	۰/۹۷	۰/۳۳۰	۰/۰۶

بحث

۲۶..... پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان پسر براساس تروماهای دوران کودکی

هدف از پژوهش، حاضر پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان بر اساس سابقه تروماهای دوران کودکی بود که نتایج حاصل از آن نشان داد از بین تروماهای پنج‌گانه، فقط سوءاستفاده هیجانی و فیزیکی به طور معناداری افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند. ولی سوءاستفاده جنسی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی نتوانستند افسردگی را به طور معناداری پیش‌بینی کنند. همچنین مدل حاضر توانست ۲۵ درصد از واریانس افسردگی دانش‌آموزان را تبیین کند.

رابطه معنادار سوءاستفاده هیجانی با نشانه‌های افسردگی با نتایج لی و همکاران (۲۰۲۱)، کوزمینزکیات و همکاران (۲۰۲۱)، جو و همکاران (۲۰۲۰) و دیگر مطالعات (چانگ و همکاران، ۲۰۲۱؛ چن و همکاران ۲۰۲۱) همسو است. در تبیین رابطه بین سوءاستفاده هیجانی و افسردگی می‌توان گفت، در خانواده‌هایی که از کودک سوءاستفاده هیجانی می‌شود، معمولاً به تجربه شخصی کودک اعتبار داده نمی‌شود و هیجان‌ها و عواطف کودک ابزارهای ارتباطی بی‌اهمیتی در نظر گرفته می‌شود. در واقع، محیط سوءاستفاده‌گر، بر کنترل ابراز هیجان‌ها، بویژه هیجان‌های منفی تأکید می‌کند و تجربیات ناخوشایند کم اهمیت قلمداد می‌شود. درحالی‌که، هیجان‌های خوشایند مثل شادابی و خوشحالی ممکن است به ویژگی‌هایی مثل فقدان بینش، بی‌خردی و عدم عقلانیت یا تکانشوری نسبت داده شوند (لینهان، ۱۹۹۳). به عبارتی، فردی که به لحاظ هیجانی اعتبارزدایی می‌شود به نتایجی از این دست می‌رسد که "دیگران به احساسات من اهمیتی نمی‌دهند"، باوری که در افراد افسرده رایج است. همچنین، این عقیده وجود دارد که سوءاستفاده هیجانی به صورت تلویحی و آشکار به کودک القا می‌کند که تجارب هیجانی و درونی کودک مهم نیستند و باعث می‌شود کودک در جریان تحول، این دیدگاه مراقبین را به سایر افراد جامعه تعمیم دهد و به این باور می‌رسد که هیجان‌هایش نه قابل پذیرش هستند نه قابل تأیید. درحالی‌که، در خانواده‌های اعتباربخش عقاید و افکار کودک استخراج شده و با جدیت پاسخ داده می‌شود و هیجان‌های کودک ابزارهای ارتباطی مهمی در نظر گرفته می‌شوند. در واقع، پاسخ‌گویی هماهنگ با هیجان‌ات کودک، باعث می‌شود کودکان توانایی بهتری برای اعتباریابی هیجانی کسب کنند. به‌علاوه، انتقال احساسات کودک به مراقب، نه تنها فرصتی برای بیان احساسات کودک است، بلکه فرصتی برای فرد مراقب است تا هیجان‌ات کودک را به رخدادهای بیرونی پیوند دهد که مسبب آن‌ها هستند (تو به این دلیل غمگین هستی که...). این تلاش برای درک علت و منشأ احساسات و سهیم شدن در آن با فرد مراقب، می‌تواند به افتراق دادن احساسات از یکدیگر کمک کند. در حالی‌که در یک محیط سوءاستفاده‌گر تمامی این فرصت‌ها را از دست می‌رود و کودک استنباط می‌کند که احساساتش منشأ روشنی ندارد و همچنین نمی‌تواند به روشنی بین هیجان‌ها تمیز قائل شود و در نهایت، عملکرد ارتباطی هیجان‌ها از بین می‌رود و فرد برای اختلالات روان‌شناختی آسیب‌پذیر می‌شود (لینهان، ۱۹۹۳).

از سوی دیگر، رابطه سوءاستفاده هیجانی با نشانه‌های افسردگی با یافته‌های گلیکمان و همکاران، (۲۰۲۱)، سکوسکی و همکاران (۲۰۲۰) ناهمخوان است. همچنین در تضاد با مطالعه حاضر، آدامز و همکاران (۲۰۱۸) و اسپچور و همکاران (۲۰۱۸) رابطه معناداری بین سوءاستفاده هیجانی و افسردگی پیدا نکردند. از علل ناهماهنگی می‌توان به نوع نمونه‌ها اشاره کرده که در مطالعات یاد شده از نمونه‌های بزرگسال استفاده شده است و در بعضی از آنها از نمونه‌های بالینی (افراد افسرده). همچنین در این مطالعات

از ابزارهای متفاوتی برای سنجش تروما استفاده شده بود. برای مثال آدامز و همکاران (۲۰۱۸) از پرسشنامه‌های سوءاستفاده هیجانی^۱ و پرسشنامه سوءاستفاده جنسی و فیزیکی^۲ استفاده کردند.

همچنین نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که سوءاستفاده فیزیکی نشانه‌های افسردگی را در دانش‌آموزان به طور معناداری پیش‌بینی می‌کند. این یافته با مطالعات آدامز و همکاران (۲۰۱۸)، چانگ و همکاران (۲۰۲۱)، چن و همکاران (۲۰۲۱) و اسپچور و همکاران (۲۰۱۸) هماهنگ است. در تبیین این موضوع می‌توان گفت که بخش قابل توجهی از مهارت‌های خودتنظیمی برای مدیریت رفتار در محیط‌های حامی کودک شکل می‌گیرد. والدینی که از انتقاد، فریاد و تنبیه جسمانی استفاده می‌کنند، محیط آسیب‌زایی را ایجاد می‌کنند که مانع رشد مهارت‌های تنظیم و سازماندهی هیجانی کودک می‌شود. لذا از ابتدا در کودک مهارت‌های لازم برای پرورش تنظیم هیجان شکل نمی‌گیرد. در محیط‌های آسیب‌زا در زندگی کودکی، درک شدن یا عشق وجود ندارد و به عبارتی نیاز به دلبستگی^۳ و صمیمیت کودک ارضا نمی‌شود و ارضا نشدن این نیازها با اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی ارتباط معناداری دارد (آرنتز و جندرن، ۲۰۰۹). در تبیین دیگری می‌توان گفت، وقتی کودک مورد استفاده فیزیکی قرار می‌گیرد و تنبیه می‌شود به طور انتخابی با افکار، احساسات، تجارب و رفتارهای والدین خود همانندسازی کرده و خود را فردی بی‌ارزش و بی‌کفایت در نظر می‌گیرد که از دیگر عوامل زمینه‌ساز افسردگی می‌تواند باشد (آرنتز و جندرن، ۲۰۰۹). به عنوان تبیین نهایی می‌توان گفت، تجربه تروماهای کودکی منجر به تغییر کارکرد و ساختارهای مغزی نیز می‌شود. برای مثال تروماهای کودکی منجر به بدکارکردی مغزی بویژه در نواحی هیپوکامپ^۴، آمیگدالا^۵ و قشر پیش‌پیشانی^۶ شده و زمینه‌ساز تجربه بیشتر هیجان‌های منفی و افسرده‌ساز می‌گردد (کوزمینزکیات و همکاران، ۲۰۲۱).

در این مطالعه سوءاستفاده جنسی و غفلت‌های فیزیکی و هیجانی نقش معناداری در پیش‌بینی افسردگی دانش‌آموزان نداشتند که با مطالعه سکوسکی و همکاران (۲۰۲۰) و گلیکمان و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر نقش معنادار غفلت و مطالعه اسپچور و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر اثر معنادار سوءاستفاده جنسی در افسردگی همسو نیست. استفاده از ابزارها و نمونه‌های متفاوت در این ناهمخوانی می‌تواند موثر باشد. برای مثال، سکوسکی و همکاران (۲۰۲۰) از بیماران سرپایی و گلیکمان و همکاران (۲۰۲۱) فقط از ابزار سنجش غفلت هیجانی^۷ استفاده کردند. همچنین میزان آسیب‌زایی غفلت نسبت به سوءاستفاده که مستقیم‌تر است کمتر برآورد می‌شود و در یک محیط اعتبارزدا بیشتر، سوءاستفاده‌ها آسیب‌رسان هستند (لینهان، ۱۹۹۳). در ارتباط علت عدم معناداری نقش سوءاستفاده جنسی در پیش‌بینی افسردگی نیز می‌توان گفت که گویه‌های مقیاس سوءاستفاده جنسی حاوی عبارت-های حساس است که در فرهنگ ایرانی با شرم بیشتری همراه است و شاید دانش‌آموزان در گزارش واقعی دچار سوگیری بیشتری شده باشد و میزان واقعی آن را گزارش نکنند. همچنین باورهای فرهنگی درباره مصداق‌های سوءاستفاده جنسی می‌تواند در ناهمخوانی این نتایج موثر باشد. برای مثال در کشورهای غربی شاید یک رفتار خفیف مثل لمس ناخواسته یا تماس چشمی

1. Emotional Abuse Questionnaire
2. Sexual and Physical Abuse Questionnaire
3. Attachment
4. Hippocampus
5. Amygdala
6. Prefrontal Cortex
- 7 Childhood Emotional Neglect by Parents

۲۸..... پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان پسر براساس تروماهای دوران کودکی

بلندمدت (زل زدن) هم به عنوان مصداقی از سواستفاده جنسی در نظر گرفته شود ولی در فرهنگ ایرانی رفتارهای مستقیم‌تر بیشتر به عنوان مصداق سواستفاده جنسی قلمداد می‌شوند.

محدود بودن این پژوهش به یکی از شهرستان‌های استان تهران و اجرای آن بر روی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول و دوم، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که به لحاظ نظری پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی بر روی دانش‌آموزان دختر و سایر مناطق جغرافیایی و مقاطع تحصیلی اجرا شود. محدودیت دیگر این مطالعه، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی بود که ممکن است شرکت‌کنندگان جهت کسب تأیید اجتماعی و اجتناب از بدنامی دچار سوگیری شده باشند. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مقیاس‌های درجه‌بندی بالینگر^۱ استفاده گردد. از لحاظ کاربردی نیز برگزاری دوره‌های آموزشی جهت آشنایی و نحوه‌ی با مقابله انواع تروماها برای دانش‌آموزان و والدین توسط مشاوران مدارس پیشنهاد می‌گردد. همچنین در مداخلات درمانی برای افسردگی پیشنهاد می‌گردد از مداخلات مبتنی بر تروما^۲ مثل رفتاردرمانی شناختی تروما محور^۳ استفاده شود.

تشکر و قدردانی: در پایان از کلیه شرکت‌کنندگان، آموزش و پرورش شهرستان رباط کریم و کارکنان مدارس امام خمینی، شهید مفتح، شهید بهشتی، رسول اکرم، شهید باهنر، سعدی، شهید صیاد شیرازی، محمودی‌منش، قدس و شهید چمران که در اجرای پژوهش همکاری‌های لازم را داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

دهشیری، غلامرضا، نجفی، محمود، شیخی، منصوره، و حبیبی، مجتبی. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI). فصلنامه خانواده پژوهی، ۵ (۲)، ۱۷۷-۱۵۹.

محمدپور، سمانه، نظری، هدایت، فرهادی، علی. (۱۳۹۵). پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی به دنبال بدرفتاری روان‌شناختی دوران کودکی، نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۳۶ (۲۶)، ۸۵-۹۹.

Adams, J., Mrug, S., & Knight, D. C. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Journal of Child Abuse & Neglect*, 86, 167-177. Doi: [10.1016/j.chiabu.2018.09.019](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019)

Arentz, A., Genderen, H. V. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. New York : Guilford Press

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Ha., et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Journal of Child Abuse & Neglect*, 72(2), 169-190.

Chang, J. J., Ji, Y., Li, Y., Yuan, M., & Su, P.-Y. (2021). Childhood trauma and depression in college students: Mediating and moderating effects of psychological resilience. *Asian Journal of Psychiatry*, 65, 102824. Doi: [10.1016/j.ajp.2021.102824](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102824).

Chen, X., Zhang, S., Huang, G., Xu, Y., Li, Q., Shi, J., . . . Lu, C. (2021). Associations between child maltreatment and depressive symptoms among Chinese college students: an analysis of sex differences. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-10. Doi: [10.3389/fpsy.2021.656646](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.656646)

1. Clinician rating
2. Trauma-focused therapy
3. Trauma focused cognitive behavioral therapy

- Dehshiri, GH. R., Najafi, M., Shikhi, M., Habibi, H. (2009). Investigating Primary Psychometric Properties of Children's Depression Inventory (CDI). *Journal of Family Research*, 5(2), 159-177. (Text in Presian).
- Glickman, E. A., Choi, K. W., Lussier, A. A., Smith, B. J., & Dunn, E. C. (2021). Childhood Emotional Neglect and Adolescent Depression: Assessing the Protective Role of Peer Social Support in a Longitudinal Birth Cohort. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1182. Doi: [10.3389/fpsyt.2021.681176](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.681176)
- Ju, Y., Wang, M., Lu, X., Sun, J., Dong, Q., Zhang, L., . . . Guo, H. (2020). The effects of childhood trauma on the onset, severity and improvement of depression: The role of dysfunctional attitudes and cortisol levels. *Journal of Affective Disorders*, 276, 402-410. Doi: [10.1016/j.jad.2020.07.023](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.023)
- Karimi, A., Yadegari, N., Sarokhani, D., Fakhri, M., & Dehkordi, A. H. (2021). Prevalence of depression in iranian school students: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 12(110), 1-10.
- Kuzminskaite, E., Penninx, B. W., van Harmelen, A.-L., Elzinga, B. M., Hovens, J. G., & Vinkers, C. H. (2021). Childhood trauma in adult depressive and anxiety disorders: an integrated review on psychological and biological mechanisms in the NESDA cohort. *Journal of Affective Disorders*, 283, 179-191. Doi: [10.1016/j.jad.2021.01.054](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.054)
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Li, S., Zhao, F., & Yu, G. (2022). Childhood emotional abuse and depression among adolescents: Roles of deviant peer affiliation and gender. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(1-2), 830-850.
- Mohammadpour, S., Nazari, H., & Farhadi, A. (2004). Factor analysis of Children's Depression Inventory questions. *Journal of Counseling Research*, 136(26), 85-99. (Text in Persian).
- Rezaei, M., & Ghazanfari, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experiential avoidance on depression: A structural equation modeling. *Journal of Psychiatry Research*, 246, 407-414. Doi: [10.1016/j.psychres.2016.10.037](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.037)
- Scheuer, S., Wiggert, N., Brückl, T. M., Awaloff, Y., Uhr, M., Lucae, S., . . . Wilhelm, F. H. (2018). Childhood abuse and depression in adulthood: The mediating role of allostatic load. *Psychoneuroendocrinology*, 94, 134-142. Doi: [10.1016/j.psyneuen.2018.04.020](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.04.020)
- Sekowski, M., Gambin, M., Cudo, A., Wozniak-Prus, M., Penner, F., Fonagy, P., & Sharp, C. (2020). The relations between childhood maltreatment, shame, guilt, depression and suicidal ideation in inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 276, 667-677. Doi: [10.1016/j.jad.2020.07.056](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.056)
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. 5th ed. Boston: Pearson education.
- Vibhakar, V., Allen, L. R., Gee, B., & Meiser-Stedman, R. (2019). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of depression in children and adolescents after exposure to trauma. *Journal of Affective Disorders*, 255, 77-89. Doi: [10.1016/j.jad.2019.05.005](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.005)
- Xu, D., Rao, W., Cao, X., Wen, S., An, F.-R., Che, W., . . . Xiang, Y.-T. (2020). Prevalence of depressive symptoms in primary school students in China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 268, 20-27. Doi: [10.1016/j.jad.2020.02.034](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.034).



مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و بیماران با تشخیص هم‌زمان اختلال روان‌پزشکی و اختلال مصرف مواد

هانیه آتشی پور^۱، زینب خسروجردی^{۲*}، احسان طاهری^۳، فرشته مومنی^۴

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و بیماران با تشخیص هم‌زمان اختلال روان‌پزشکی و اختلال مصرف مواد می‌باشد. پژوهش حاضر از نوع مقایسه ای-پس رویدادی است. برای انتخاب نمونه، از میان بیماران بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷، ۲۰۰ بیمار شامل ۱۰۰ بیمار مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و ۱۰۰ بیمار با تشخیص هم‌زمان اختلال روان‌پزشکی و اختلال مصرف مواد، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه چندمحوری میلون ۳ و معاینه وضعیت روانی بر اساس ملاک‌های نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی استفاده شد. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه در ارتباط با الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی میلون تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به یافته‌ها، توصیه می‌شود در مداخلات دارویی و روان‌درمانی اختلالات روان‌پزشکی و اختلالات همبود با مصرف مواد، تفاوت در الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی دو گروه مورد توجه قرار گیرد. بنابراین لحاظ کردن این بعد از اختلالات، می‌تواند به انتخاب رویکرد درمانی جامع‌تری منجر شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال روان‌پزشکی، اختلال مصرف مواد، الگوهای ناهنجار شخصیت، نشانگان بالینی

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی و مشاوره، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی. تهران، ایران
^۲ نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران، ایران
^۳ دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، ایران
^۴ استادیار روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی و مشاوره، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی. تهران، ایران

مقدمه

اختلالات روانی تهدیدی جدی برای سلامت روان و کیفیت زندگی فرد به شمار می‌روند. انجمن روان‌پزشکی آمریکا اختلال روانی را مجموعه علائمی می‌داند که با آشفتگی بالینی قابل توجه در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار فرد مشخص می‌شود و کژکاری در فرآیندهای روان‌شناختی، بیولوژیکی یا رشدی را که زیربنای کنش‌وری ذهنی هستند، منعکس می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۵).

مسلماً ابتلای فرد به اختلال روانی پیامدهای ناخوشایند بسیاری برای وی به همراه خواهد داشت. این پیامدها زمانی به اوج می‌رسد که فرد به‌طور هم‌زمان دچار دو یا چند اختلال روانی باشد. در همین راستا، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای تشخیص‌های دوگانه در مقایسه با افراد مبتلا به یک اختلال واحد، مشکلات بیشتر و شدیدتری داشته و نسبت به درمان مقاوم‌تر هستند. همچنین، این افراد در مقایسه با مبتلایان به یک اختلال روانی، در معرض خطر افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، خشونت بین فردی و بستری بیشتر در بیمارستان قرار دارند (یانگ، هافرمن، بورشمن، آگلوب و همکاران^۱، ۲۰۱۸، لئو، بتیس و برک^۲، ۲۰۲۰).

یکی از اختلالاتی که همبودی بالایی با سایر اختلالات روانی دارد، اختلال مصرف مواد است. منظور از اختلال مصرف مواد مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان‌دهنده تداوم مصرف ماده توسط فرد، به‌رغم مشکلات چشمگیر مرتبط با ماده است. تشخیص اختلال مصرف مواد برای تمامی طبقات مواد از جمله الکل، حشیش، توهم‌زاها، مواد استنشاقی، مواد افیونی، داروهای رخوت‌زا، خواب‌آور، ضد اضطراب، مواد محرک و توتون قابل استفاده است (سادوک، سادوک و روئیز^۳، ۲۰۱۵). اختلال مصرف مواد می‌تواند مشکلات و آسیب‌های بی‌شماری را به فرد و جامعه تحمیل کند. به نظر می‌رسد اختلالات دوگانه‌ای که شامل اختلال مصرف مواد می‌باشند، مشکلات بیشتری به بار می‌آورند و از پیش‌آگهی ضعیف‌تری برخوردارند (استرگارد^۴، ۲۰۱۷). هم‌چنین بیماران بستری با تشخیص هم‌زمان اختلال مصرف مواد با افزایش عوارض ناشی از اختلال، مرگ و میر و هزینه‌های درمانی بالاتر همراه هستند (تروبریج، وینستین، کرنسکی، روی^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). از این رو، ابتلای فرد به اختلال مصرف مواد نیازمند توجهی ویژه است.

در بیماران روان‌پزشکی بستری، اختلال مصرف مواد به‌عنوان یک اختلال همبود قابل ملاحظه مطرح شده است؛ شایع‌ترین اختلالات همبود با اختلال مصرف مواد شامل اختلالات سایکوتیک، خلقی، اضطرابی، اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی است (هانت، لارج، کلری، لای و ساندرز^۶، ۲۰۱۸؛ هانت، مالهی، لای و کلری^۷، ۲۰۲۰؛ پارمر و کلویا^۸، ۲۰۱۸).

1 American Psychiatric Association

2 Young, Heffernan, Borschmann, Ogloff

3 Liu, Bettis & Burke

4 Sadock, Sadock & Ruiz

5 Østergaard

6 Trowbridge, Weinstein, Kerensky, Roy

7 Hunt, Large, Cleary, Lai & Saunders

8 Hunt, Malhi, Lai & Cleary

9 Parmar & Kaloija

۳۲..... مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان پزشکی و بیماران ...

علی‌رغم همبودی نسبتاً بالای اختلال مصرف مواد با اختلالات روانی بعید به نظر می‌رسد که رابطه میان آن‌ها رابطه‌ای علت و معلولی باشد؛ به این معنا که اختلالات روانی نقش علی قطعی در بروز اختلال مصرف مواد داشته باشند؛ چون در آن حالت می‌بایست در تمامی موارد اختلالات روانی یا حداقل در برخی از آن‌ها شاهد حضور همیشگی اختلال مصرف مواد می‌بودیم. در حالی که به نظر می‌رسد مجموعه‌ای از عوامل روانی و شخصیتی در کار باشند که موجب می‌شوند برخی مبتلایان به اختلالات روانی دچار اختلال مصرف مواد شوند و برخی مبتلا نشوند. مرور پیشینه پژوهش حاکی از آن است که بیشتر تحقیقات انجام شده در این زمینه بر صفات شخصیتی چون ثبات هیجانی (روان رنجور خوبی)، گشودگی به تجربه، درونگرایی-برونگرایی و ویژگی‌های روانی چون عزت‌نفس، تاب‌آوری، خودتنظیمی هیجانی، اعتماد به نفس متمرکز بوده‌اند (ترول، فریمن، وبارث، کوات^۱ و همکاران، ۲۰۱۸) و به متغیرهای مهمی چون الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی توجه شایانی مبذول نداشته‌اند. در خصوص الگوهای ناهنجار شخصیت می‌توان به اختلالات شخصیت از جمله اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، اسکیزوتایپال، پارانوئید، نمایشی، ضداجتماعی، خودشیفته، مرزی، وابسته، وسواسی-جبری، اجتنابی و منفعل پرخاشگر اشاره کرد و در ارتباط با نشانگان بالینی نیز می‌توان مواردی چون اضطراب، افسردگی، وسواس، علائم جسمانی شکل، اختلال دوقطبی و اختلال استرس پس از سانحه را نام برد. در پژوهش‌های پیشین صرفاً به مواردی چون اختلالات سایکوتیک، خلقی، اضطرابی، اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی اشاره شده است (هله^۲، ۲۰۱۹). هم چنین مطالعات نشان می‌دهند اختلال شخصیت ضداجتماعی، پیش‌بین قوی مصرف مواد در آینده بوده و با شدت مصرف مرتبط است (برنان، هاید و سامرز^۳، ۲۰۱۷؛ جونز و مک کانز^۴، ۲۰۱۹). کاک و والتز^۵ (۲۰۱۸) در پژوهش خود نشان دادند که اختلالات خلقی، سایکوتیک، اضطرابی، اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی، همبودی بالایی با اختلال مصرف مواد دارند. شیواری، صفاریانی و رستم زاده (۲۰۱۷) نیز در تحقیق خود نشان دادند که در افراد دارای اختلال مصرف مواد، اختلالات شخصیتی از جمله اختلال شخصیت افسرده، ضداجتماعی، پرخاشگر (دیگر آزار)، وسواسی-جبری، مرزی، اسکیزوتایپال و اسکیزوتایپال تشخیص‌های شایعی هستند. بر این اساس، پژوهش حاضر درصدد آن است که از طریق مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی در افراد مبتلا به یک اختلال روانی خاص و افراد با تشخیص دوگانه (اختلال روانی توأم با اختلال مصرف مواد) گامی مؤثر در جهت افتراق بالینی دقیق‌تر دو گروه مذکور بردارد. با توجه به پژوهش‌های پیشین، برای بررسی این موضوع که ویژگی‌های ناهنجار و نشانگان مرتبط با آن اختلالات چگونه با ابتلای هم‌زمان به مصرف مواد و اختلال روان‌پزشکی مرتبط هستند؛ می‌توان دو فرضیه مطرح نمود: ۱- بیماران مبتلا به اختلال روان پزشکی و بیماران دارای تشخیص هم‌زمان اختلال روان پزشکی و اختلال مصرف مواد

1 Trull, Freeman, Vebares, Choate

2 Helle

3 Bernan, Hyde, Sommers

4 Jones, McCance

5 Köck & Walter

از نظر الگوهای نابهنجار شخصیت با یک دیگر تفاوت دارند. ۲- بیماران مبتلا به اختلال روان پزشکی و بیماران دارای تشخیص هم زمان اختلال روان پزشکی و اختلال مصرف مواد^۱ از نظر نشانگان بالینی با یک دیگر تفاوت دارند.

روش

طرح تحقیق در این پژوهش از نوع مقایسه ای-پس رویدادی است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران بستری در بیمارستان‌های روان پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ می باشد که از طریق نمونه گیری در دسترس، تعداد ۲۰۰ بیمار (شامل ۱۰۰ بیمار برای گروه ۱ (طیف سایکوز و خلقی) و ۱۰۰ بیمار برای گروه ۲) که به مدت یک ماه در بیمارستان بستری بودند، انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعات مرتبط پیشین و به وسیله «فرمول تعیین حجم نمونه با استفاده از اختلاف میانگین‌ها» و با احتساب ۱۵٪ ریزش تعیین گردید.

ملاک‌های ورود به پژوهش برای شرکت‌کننده‌ها، حداقل ۱۸ سال سن، داشتن ۸ کلاس سواد (پرسشنامه در صورت نیاز، توسط ارزیاب برای افراد خوانده می‌شد) و همکاری و رضایت بیمار برای شرکت در پژوهش بود. روش اجرا بدین صورت بود که ابتدا از دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران، معرفی‌نامه‌های لازم برای همکاری بیمارستان‌های روان پزشکی سطح شهر تهران اخذ شد، سپس به بیمارستان‌های مورد نظر رفته و برای جلب مشارکت در تحقیق رایزنی‌های لازم صورت گرفت. در نهایت سه بیمارستان حاضر به همکاری شدند. بیماران مورد نظر از بخش‌های بستری انتخاب می‌شدند، بنابراین پیش از شرکت در پژوهش حاضر، توسط روان پزشک و روانشناس بخش ویزیت شده بودند و تشخیص مربوطه توسط آن‌ها در پرونده درج شده بود؛ بنابراین، افراد بر اساس سوابق تشخیصی، پرونده پزشکی و تشخیص بالینی روان پزشکی بر پایه ملاک‌های DSM-5² در هر یک از گروه‌ها قرار گرفتند. از آنجاکه نمونه حاضر از بخش‌های بیماران طیف سایکوز و خلقی انتخاب می‌شدند، هم در گروه ۱ و هم در گروه ۲، طیف سایکوز و خلقی را داشتیم؛ بنابراین، دو گروه خود به خود از نظر نوع داروی مصرفی کنترل می‌شدند. پس از اجرای آزمون میلون، نتایج مورد بررسی قرار گرفت و تنها افرادی وارد مرحله تحلیل آماری شدند که حداقل در یکی از مقیاس‌های نشانگان بالینی یا الگو شخصیت نمره ۶۰ یا بیشتر را کسب کردند. با توجه به این که ۵ نفر از بیماران گروه ۲ و ۲ نفر از بیماران گروه ۱، اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه شخصیتی میلون را تکمیل نکردند و یا نمره کمتر از ۶۰ در مقیاس‌های آزمون داشتند، اطلاعات آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار نگرفت. در نهایت، داده‌های ۹۵ بیمار از گروه ۲ و ۹۸ بیمار از گروه ۱ مورد بررسی قرار گرفت. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از آزمون‌های زیر استفاده شد:

- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: پرسشنامه‌ای که شامل اطلاعات سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و وضعیت شغلی می‌باشد. نمونه مورد بررسی، تنها مردان مبتلا به اختلالات را شامل شد.

۱ جهت جلوگیری از تکرار، در متن مقاله، افراد با تشخیص اختلال روان پزشکی گروه ۱ و افراد با تشخیص همزمان اختلال روان پزشکی و مصرف مواد گروه ۲ نامگذاری می‌شوند.

2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

۳۴..... مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان پزشکی و بیماران ...

- پرسشنامه چند محوری بالینی میلون^۱ (MCMI-III): این پرسشنامه برای بزرگسالان ۱۸ سال و بالاتر که حداقل توانایی خواندن آنان تا سطح کلاس هشتم است طراحی شده است. نسخه فعلی شامل ۱۷۵ گویه است که تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و بر اساس طبقه‌بندی‌های زیر نمره‌گذاری می‌شود: شاخص‌های تغییرپذیری^۲، الگوهای شخصیت بالینی^۳، آسیب‌شناسی شدید شخصیت^۴، نشانگان بالینی^۵ و نشانگان شدید^۶. شاخص‌های تغییردهنده شامل افشاگری^۷، مطلوب بودن^۸، تحقیر^۹ و روایی^{۱۰} است. الگوهای شخصیت بالینی شامل اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشگر، خودشیفته، ضداجتماعی، پرخاشگر، جبری، منفعل پرخاشگر و خودناکام‌ساز است. آسیب‌شناسی شدید شخصیت شامل اسکیزوتایپی، مرزی و پارانویا است. نشانگان بالینی شامل اضطراب، جسمانی‌شکل، دوقطبی، افسرده خویی، وابستگی به الکل، وابستگی به مواد و اختلال فشار روانی پس آسیبی می‌باشد. نشانگان شدید نیز شامل اختلال فکر، افسردگی عمده و اختلال هذیانی است. MCMI برای کار با جمعیت‌های روان‌پزشکی است و نباید برای اشخاص بهنجار یا افرادی که تنها دچار آشفتگی‌های خفیف هستند به کار گرفته شود. نمره ۸۵ به‌عنوان وجود قطعی ویژگی‌های موردنظر، نمره پایین‌تر از ۷۵ نشان‌دهنده آن است که برخی از ویژگی‌ها وجود دارند، نمره ۳۵ برای نشان دادن نمره میانه گروه‌های بهنجار یا غیر روان‌پزشکی و نمره ۶۰ میانه جمعیت‌های روان‌پزشکی است. اعتبار این آزمون با استفاده از روش همسانی درونی توسط میلون و همکارانش موردسنجش قرار گرفت و میزان آن ۰/۷۸ می‌باشد. پایایی پرسشنامه حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶-۰/۸۲ و با استفاده از روش باز آزمون، برای گروه غیر بیمار ۰/۹۷-۰/۷۹ و برای گروه بیمار ۰/۷۹-۰/۶۱ به‌دست آمده است (مارنات^{۱۱}، ۲۰۱۶). در پژوهش سرابی و صادقی (۱۳۹۹)، آنالیز آماری داده‌ها نشان داد که پایایی MCMI-III به روش آلفای کرونباخ (۰/۹۴ - ۰/۵۵) و پایایی به روش کودر - ریچاردسون، ۰/۹۴ می‌باشد. هم‌چنین، نتایج روایی ملاکی هم‌زمان MCMI-III با پرسشنامه شخصیت (SCID-II)، از ۰/۴۹ برای اختلال شخصیت مرزی تا ۰/۱۳ برای اختلال شخصیت نمایشی قرار گرفت.

-معاینه وضعیت روانی^{۱۲} بر اساس ملاک‌های DSMV: مصاحبه‌ای که توسط روان‌پزشک و روانشناس بر اساس ملاک‌های DSMV با بیماران انجام می‌شود. فرم ارزیابی به‌صورت نیمه ساختاریافته در بیمارستان وجود دارد. قبل از اجرای آزمون میلون، جهت اطمینان از صحت تشخیص درج‌شده در پرونده و افزایش پایایی تشخیص، ارزیاب پژوهش نیز اقدام به انجام معاینه وضعیت روانی نمود (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵).

1 Million Clinical Multiaxial Inventory-III

2 Modifying indices

3 Clinical Personality Patterns

4 Severe Personality Pathology

5 Clinical Syndrome

6 Severe Clinical Syndrome

7 Disclosure Scale

8 Desirability Scale

9 Debasement Scale

10 Validity scales

¹¹ Marnat

¹² Mental Status Examination

یافته‌ها

مقایسه سن افراد دو گروه با استفاده از آزمون تی دو نمونه مستقل مورد ارزیابی قرار گرفت؛ میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در گروه ۲ و ۱ به ترتیب $32/13 \pm 9/33$ و $31/05 \pm 9/33$ سال بود (سطح معنی داری: $0/415$). در مورد سایر مشخصات همانطور که در جدول (۱) نشان داده شده است، در میان افراد گروه ۲، بیشترین فراوانی‌ها به این صورت بود؛ ۵۳ نفر زیر دیپلم، ۴۸ نفر بیکار و ۷۳ نفر مجرد بودند، در حالی که در میان افراد گروه ۱ بیشترین فراوانی‌ها به این صورت بود؛ ۵۲ نفر زیر دیپلم، ۵۳ نفر شاغل و ۷۱ نفر مجرد بودند. نتایج آزمون خی دو نشان داد که در ارتباط با شاخص‌های جمعیت شناختی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۱. مقایسه اطلاعات جمعیت شناختی در دو گروه اختلال مصرف مواد و اختلال روان‌پزشکی.

سطح معنی داری	آزمون خی دو	اختلال روان‌پزشکی		اختلال مصرف مواد		
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
وضعیت سواد						
		۵۲	۵۳/۱	۵۳	۵۵/۸	زیر دیپلم
		۴۱	۴۱/۸	۳۸	۴۰	دیپلم
۰/۵۷	۳/۸۱	۵	۵/۱	۴	۴/۳	دانشگاهی
وضعیت شغل						
		۵۳	۵۴/۱	۴۷	۴۹/۵	شاغل
		۴۵	۴۵/۹	۴۸	۵۰/۵	بیکار
		۲۰	۲۰/۴	۱۹	۲۰/۰	متأهل
۰/۴۴	۱/۶۰	۷۱	۷۲/۴	۷۳	۷۶/۸	مجرد
		۷	۷/۱	۳	۳/۲	مطلقه

همانطور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود نرمالیتی نشانگان میلون با استفاده از آزمون چولگی-کشیدگی مورد ارزیابی قرار گرفت و تأیید شد؛ به طوری که چولگی و کشیدگی آن‌ها ± 2 است؛ بنابراین، مفروضه تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تأیید است.

جدول ۲. بررسی نرمالیتی نشانگان میلون با استفاده از چولگی و کشیدگی

مقیاس های میلون		گروه ۲		گروه ۱
نشانگان میلون		چولگی	کشیدگی	چولگی
		کشیدگی	چولگی	کشیدگی
الگو شخصیت اسکیزوئید	-۰/۷۵	-۰/۰۲	-۰/۵۹	-۰/۷۷
الگو شخصیت اجتنابی	-۰/۹۳	۰/۰	-۰/۵۸	-۰/۵۱
الگو شخصیت افسردگی	-۰/۳۴	-۰/۵۷	-۰/۶۴	-۰/۴۱
الگو شخصیت وابسته	۰/۰۷	-۱/۱۷	۰/۴۷	-۰/۹۹
الگو شخصیت نمایشی	-۰/۷۷	-۰/۵۴	-۰/۴۲	-۰/۷۶
الگو شخصیت خودشیفته	-۰/۴۸	۰/۰۲	-۰/۱۲	-۰/۳۹
الگو شخصیت ضداجتماعی	-۰/۳۲	۱/۰۸	-۰/۴۱	-۱/۳۸
الگو شخصیت پرخاشگر	۰/۵۹	۰/۱۴	-۰/۲۴	-۰/۸۸
الگو شخصیت جبری	۰/۰۷	-۱/۲۱	-۰/۱۰	-۰/۰۹
الگو شخصیت منفعل پرخاشگر	-۱/۲۲	۱/۳۸	-۰/۴۵	-۱/۴۶
الگو شخصیت خود ناکام سازی	-۰/۶۲	-۰/۸۵	-۰/۲۳	-۱/۳۷
آسیب شناسی شخصیت اسکیزوتایپی	-۰/۱۷	-۰/۰۳	-۰/۵۳	-۰/۷۹
آسیب شناسی شخصیت مرزی	۰/۶۹	۱/۲۱	-۰/۵۳	-۱/۰۷
آسیب شناسی شخصیت پارانوئید	-۰/۹۴	۰/۳۷	-۱/۰۱	۰/۹۵
نشانگان بالینی اضطراب	-۰/۷۴	-۰/۰۵	-۰/۱۷	-۱/۳۶
نشانگان بالینی جسمانی شکل	-۱/۰۴	۰/۳۱	۰/۱۲	-۱/۵۲
نشانگان بالینی دو قطبی مانیا	-۱/۰۶	-۰/۱۶	۰/۱۸	-۱/۱۷
نشانگان بالینی دیس تایمی	-۰/۴۲	-۰/۱۶	-۰/۷۴	-۰/۵۳
نشانگان بالینی وابستگی به الکل	-۱/۱۷	۰/۷۸	-۰/۰۷	-۱/۵۰
نشانگان بالینی وابسته به مواد	۰/۱۹	۱/۴۷	۰/۴۵	-۱/۳۶
نشانگان بالینی استرس پس از سانحه	-۰/۶۱	-۱/۱۸	-۰/۱۳	-۱/۶۱
سندرم شدید اختلال فکر	-۰/۴۶	۰/۷۸	-۰/۸۸	-۰/۴۲
سندرم شدید افسردگی اساسی	-۰/۵۶	-۱/۰۸	-۰/۱۹	-۱/۴۳
سندرم شدید اختلال هذیانی	-۱/۱۸	۰/۲۸	-۰/۰۴	-۱/۰۲
شاخص افشاگری	-۰/۴۶	-۰/۸۲	-۰/۹۸	۰/۱۵
شاخص مطلوب بودن	-۰/۳۳	-۰/۷۵	-۰/۷۲	۰/۴۵
شاخص تحقیر	-۰/۹۶	۰/۷۸	-۰/۴۴	-۰/۵۲

به‌طورکلی، در جدول (۳) نتایج بررسی اثر متغیر دو گروه اختلال مصرف مواد و اختلال روان‌پزشکی با استفاده از لامبدای ویلکز روی ترکیب خطی خرده مقیاس‌های نشانگان میلون نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه معنی‌دار ($\eta^2 = 0/843$) $P < 0/001$ است. ($F(27 و 165) = 32/88$)

جدول ۳. اثرپذیری ترکیب خطی خرده مقیاس‌های نشانگان میلون از متغیر مستقل

ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
۰/۱۵۷	۳۲/۸۸۹	۲۷	۱۶۵	۰/۰۰۰	۰/۸۴۳

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) در جدول (۴) و (۵) نشان می‌دهد که بین دو گروه در ارتباط با ابعاد شخصیت میلون تفاوت‌هایی وجود دارد. برای مثال، گروه ۲ نمرات بیشتری را در الگوهای شخصیت افسرده، شخصیت ضداجتماعی، شخصیت پرخاشگر، شخصیت منفعل پرخاشگر، شخصیت خود ناکام ساز، آسیب‌شناسی شخصیت مرزی، نشانگان بالینی اضطراب، نشانگان بالینی جسمانی شکل، نشانگان بالینی دوقطبی مانیا، نشانگان بالینی دیس تایمی، نشانگان بالینی وابستگی به الکل، نشانگان بالینی وابسته به مواد، نشانگان بالینی استرس پس از سانحه، سندرم شدید اختلال فکر، سندرم شدید افسردگی اساسی و دو شاخص افشاگری و شاخص تحقیر گزارش کردند و تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است. از طرف دیگر، گروه ۱ نمرات بیشتری را در الگو شخصیت جبری، آسیب‌شناسی شخصیت پارانویید و شاخص مطلوب بودن گزارش کردند و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است. در نهایت در ارتباط با بقیه ابعاد شخصیتی بین دو گروه تفاوتی مشاهده نگردید.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در ارتباط با نشانگان شخصیت میلون در دو گروه اختلال روان‌پزشکی و مصرف مواد و اختلال روان‌پزشکی

اختلال روان‌پزشکی		اختلال روان‌پزشکی و مصرف مواد		مقیاس‌های میلون
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	نشانگان میلون
۱۹/۶۰	۴۵/۹۹	۱۷/۹۰	۴۹/۸۰	الگو شخصیت اسکیزوئید
۲۱/۸۹	۴۸/۰۲	۱۳/۷۰	۴۶/۸۳	الگو شخصیت اجتنابی
۲۸/۰۴	۵۴/۸۰	۲۳/۲۲	۶۵/۶۵	الگو شخصیت افسرده
۲۶/۱۴	۳۷/۱۴	۱۹/۶۱	۴۳/۱۸	الگو شخصیت وابسته
۲۵/۸۴	۶۷/۳۳	۲۳/۷۲	۶۷/۵۸	الگو شخصیت نمایشی
۲۰/۸۵	۴۹/۳۷	۱۷/۴۵	۴۸/۰۶	الگو شخصیت خودشیفته
۱۹/۴۶	۴۴/۳۴	۱۸/۶۴	۶۰/۶۴	الگو شخصیت ضداجتماعی

۱۷/۷۲	۳۸/۵۳	۱۹/۶۳	۴۵/۵۳	الگو شخصیت پرخاشگر
۲۱/۳۸	۶۲/۴۹	۲۸/۲۵	۴۸/۵۳	الگو شخصیت جبری
۲۳/۸۸	۴۵/۶۸	۱۵/۸۴	۵۲/۹۵	الگو شخصیت منفی گرا
۲۱/۸۳	۳۵/۶۰	۱۶/۰۸	۴۴/۱۸	الگو شخصیت خودناکام ساز
۲۲/۲۳	۵۰/۲۱	۱۲/۰۹	۴۹/۰۲	آسیب‌شناسی شخصیت اسکیزوتایپی
۱۹/۷۴	۴۱/۳۲	۱۷/۶۷	۵۰/۸۳	آسیب‌شناسی شخصیت مرزی
۲۲/۸۴	۵۷/۲۳	۱۶/۶۳	۵۰/۷۳	آسیب‌شناسی شخصیت پارانوئید
۲۶/۲۰	۴۴/۱۵	۱۸/۰	۵۷/۰۷	نشانگان بالینی اضطراب
۲۱/۳۵	۳۳/۳۶	۱۶/۵۷	۵۱/۰۲	نشانگان بالینی جسمانی شکل
۲۶/۱۰	۳۶/۶۱	۲۲/۹۸	۴۹/۷۳	نشانگان بالینی دوقطبی-مانیا
۱۹/۳۹	۴۶/۷۲	۱۸/۵۸	۵۷/۰۳	نشانگان بالینی دیس تایمی
۲۰/۳۹	۳۱/۸۴	۱۸/۵۵	۴۶/۷۹	نشانگان بالینی وابستگی به الکل
۲۰/۸۹	۳۴/۹۳	۱۴/۸۰	۷۲/۰۱	نشانگان بالینی وابسته به مواد
۲۵/۰۳	۳۴/۹۹	۲۵/۶۶	۴۵/۱۲	نشانگان بالینی استرس پس از سانحه
۲۲/۸۳	۵۴/۱۴	۱۴/۳۲	۶۴/۵۳	سندرم شدید اختلال فکر
۲۴/۴۳	۴۳/۶۱	۲۰/۱۹	۵۶/۶۵	سندرم شدید افسردگی اساسی
۲۷/۹۰	۵۳/۹۰	۲۰/۴۹	۵۱/۳۷	سندرم شدید اختلال هذیانی
۸/۱۱	۷۲/۲۸	۵/۰۱	۷۵/۴۷	شاخص افشاگری
۱۸/۲۹	۶۰/۷۴	۱۷/۳۲	۵۴/۰۲	شاخص مطلوبیت
۲۵/۴۹	۵۱/۱۳	۱۸/۷۶	۶۴/۴۳	شاخص تحقیر

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در ارتباط با نشانگان شخصیت میلون در دو گروه اختلال روان پزشکی و مصرف مواد و اختلال روان پزشکی

متغیر وابسته	میانگین مجزورات	آزمون F Df=1	p	اندازه اثر
الگو شخصیت اسکیزوتایپ	۷۰۰/۳۰	۱/۹۸	۰/۱۶	۰/۰۱
الگو شخصیت اجتنابی	۶۸/۱۷	۰/۲۰	۰/۶۵	۰/۰۰
الگو شخصیت افسرده	۵۶۸۵/۷۶	۸/۵۵	۰/۰۰	۰/۰۴
الگو شخصیت وابسته	۱۷۵۷/۵۳	۳/۲۷	۰/۰۷	۰/۰۱

۰/۰۰	۰/۹۴	۰/۰۰	۳/۰۷	الگو شخصیت نمایی
۰/۰۰	۰/۶۳	۰/۲۲	۸۲/۰۴	الگو شخصیت خودشیفته
۰/۱۵	۰/۰۰	۳۵/۲۶	۱۲۸۲۴/۸۹	الگو شخصیت ضداجتماعی
۰/۰۳	۰/۰۱	۶/۷۵	۲۳۶۰/۷۷	الگو شخصیت پرخاشگر
۰/۰۷	۰/۰۰	۱۵/۰۴	۹۴۰۵/۴۵	الگو شخصیت جبری
۰/۰۳	۰/۰۱	۶/۱۵	۲۵۴۵/۱۱	الگو شخصیت منفی گرا
۰/۰۴	۰/۰۰	۹/۶۰	۳۵۴۸/۵۷	الگو شخصیت خودناکام ساز
۰/۰۰	۰/۶۴	۰/۲۱	۶۸/۶۸	آسیب شناسی شخصیت اسکیزوتایپی
۰/۰۶	۰/۰۰	۱۲/۴۱	۴۳۶۷/۵۰	آسیب شناسی شخصیت مرزی
۰/۰۲	۰/۰۲	۵/۰۹	۲۰۴۳/۳۲	آسیب شناسی شخصیت پارانوئید
۰/۰۷	۰/۰۰	۱۵/۸۴	۸۰۵۳/۰۲	نشانگان بالینی اضطراب
۰/۱۷	۰/۰۰	۴۱/۰۲	۱۵۰۵۱/۰۲	نشانگان بالینی جسمانی شکل
۰/۰۶	۰/۰۰	۱۳/۶۸	۸۲۹۵/۹۷	نشانگان بالینی دوقطبی-مانیا
۰/۰۶	۰/۰۰	۱۴/۲۰	۵۱۲۴/۶۵	نشانگان بالینی دیس تایمی
۰/۱۲	۰/۰۰	۲۸/۳۳	۱۰۷۸۵/۳۴	نشانگان بالینی وابستگی به الکل
۰/۵۱	۰/۰۰	۲۰۱/۲۵	۶۶۳۳۱/۱۶	نشانگان بالینی وابسته به مواد
۰/۰۳	۰/۰۰	۷/۶۹	۴۹۴۶/۱۵	نشانگان بالینی استرس پساز سانحه
۰/۰۶	۰/۰۰	۱۴/۲۱	۵۲۰۰/۸۷	سندرم شدید اختلال فکر
۰/۰۷	۰/۰۰	۱۶/۲۸	۸۲۰۳/۰۱	سندرم شدید افسردگی اساسی
۰/۰۰	۰/۴۷	۰/۵۱	۳۰۸/۶۵	سندرم شدید اختلال هذیانی
۰/۰۵	۰/۰۰	۱۰/۷۶	۴۹۳/۳۹	شاخص افشاگری
۰/۰۳	۰/۰۰	۶/۸۶	۲۱۸۰/۸۶	شاخص مطلوبیت
۰/۰۸	۰/۰۰	۱۶/۹۴	۸۵۳۱/۵۰	شاخص تحقیر

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه الگوهای نابهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان پزشکی و بیماران با تشخیص همزمان اختلال روان پزشکی و اختلال مصرف مواد، انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که در اغلب ابعاد نشانگان بالینی و الگوهای شخصیتی تفاوت معناداری میان دو گروه مزبور وجود دارد، بنابراین فرضیه‌های پژوهش مورد تأیید قرار گرفتند. این تفاوت‌ها در بیشتر موارد آسیب‌شناسی بیشتری را در گروه مبتلا به اختلال روان پزشکی توأم با اختلال مصرف

۴۰..... مقایسه الگوهای ناهنجار شخصیت و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال روان پزشکی و بیماران ...

مواد نشان می‌داد؛ در گروه مذکور نمرات الگوی شخصیتی افسرده، ضداجتماعی، پرخاشگر (دگرآزار)، پرخاشگر-منفعل (منفی گرا)، خودناکام‌ساز (خودآزار)، مرزی و نشانگان بالینی چون اضطراب، علائم جسمانی‌شکل، دوقطبی (شیدایی)، افسرده خویی، وابستگی به الکل، وابستگی به مواد، استرس پس از ضربه، اختلال فکر و افسردگی اساسی بالاتر از گروه مبتلا به اختلال روان پزشکی بود و در گروه مبتلا به اختلال روان پزشکی نیز نمرات الگوی شخصیتی وسواسی- جبری و پارانوئید بالاتر از گروه مبتلا به اختلال روان پزشکی توأم با اختلال مصرف مواد بود. با بررسی مطالعات پیشین، پژوهش‌های کمی چه در داخل و چه در خارج کشور یافت شد که شباهت زیادی به پژوهش حاضر داشته باشد؛ با این حال، در تبیین نتایج به دست آمده در رابطه با فرضیه اول می‌توان گفت؛ در خصوص اختلال شخصیت ضداجتماعی در تمامی پژوهش‌ها اختلال مصرف مواد به عنوان یک تشخیص هم‌زمان شایع مطرح شده است و در مطالعات مختلف بین ۳۵ تا ۶۵ درصد سوء مصرف کنندگان مواد تقریباً واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت ضداجتماعی بوده‌اند (پارمر و همکاران، ۲۰۱۸). در تبیین این یافته می‌توان به سه نکته اشاره کرد: نخست اینکه هسته مرکزی اختلال شخصیت ضداجتماعی، قانون‌شکنی و نقض جدی هنجارهای اجتماعی است و مصرف مواد نیز یکی از مصادیق بارز قانون‌شکنی و هنجارشکنی است. دوم این که افراد دارای شخصیت ضداجتماعی غالباً نسبت به اشتباهات و بدرفتاری‌های خویش احساس پشیمانی نکرده و درس عبرت نمی‌گیرند. لذا اشتباهات خود (از جمله مصرف مواد) را آن قدر تکرار می‌کنند که در نهایت تبدیل به اختلال می‌شود. سوم اینکه تحقیقات از جمله پژوهش برنان و همکاران (۲۰۱۷) نشان می‌دهند که مناطقی از مغز شخصیت‌های ضداجتماعی که مسئول برانگیختگی، لذت و پاداش است، دچار نقص و نارسایی است و به منظور تحریک این مناطق است که این افراد دست به اقدامات پرخطری چون مصرف مواد می‌زنند. در خصوص شخصیت‌های پرخاشگر (چه از نوع فعال و چه از نوع منفعل)، می‌توان گفت در چنین افرادی توانایی خودتنظیمی هیجانی دچار نقص و اختلال جدی است. چنین نقصی موجب می‌شود که فرد به راحتی دستخوش هیجاناتی چون خشم و عصبانیت شده، کنترل خویش را از دست دهد و رفتارهای افسارگسیخته‌ای چون مصرف مواد و الکل را از خود نشان دهد. افراد دارای الگوی شخصیتی خودناکام‌ساز (خودآزار) نیز عموماً با علائمی چون خودتحقیری، آسیب عمدی به خود و خوار کردن خود نزد دیگران مشخص می‌شوند و از آنجایی که مصرف مواد نیز غالباً با وقوع چنین مواردی همراه است، لذا می‌توان گفت که فرد خودآزار مصرف مواد را وسیله‌ای جهت آزار رساندن به خود و کوچک کردن خود نزد دیگران قرار می‌دهد. در شخصیت‌های مرزی نیز علائمی چون احساس پوچی، تکانش‌گری، تزلزل شخصیتی و بی‌ثباتی هیجانی زمینه را برای مصرف مواد و الکل فراهم می‌کند. ضمن آن که پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در این افراد نیز همچون افراد ضداجتماعی مناطقی از مغز که مسئول برانگیختگی، لذت و پاداش است، دچار نقص و نارسایی است (هله، ۲۰۱۹). بالاتر بودن نمرات الگوی شخصیتی وسواسی- جبری و پارانوئید در گروه بدون اختلال مصرف مواد جای تأمل فراوان دارد؛ به عنوان یک تبیین احتمالی بر اساس ویژگی‌های تشخیصی این اختلال در کاپلان (۲۰۱۵) می‌توان گفت شخصیت وسواسی به واسطه برخورداری از ویژگی‌هایی چون کمال‌گرایی، مشغولیت ذهنی به مقررات، قواعد و نظم و ترتیب و محدود بودن هیجانات، کمتر خود را در معرض رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد قرار می‌دهد و شخصیت پارانوئید نیز به دلیل دارا بودن ویژگی‌هایی چون شکاکیت، بی‌اعتمادی

دیرپا به همه افراد احتمالاً کمتر ریسک مصرف مواد را قبول می‌کند. از طرفی این افراد حالت عاطفی محدودی دارند و به نظر می‌رسد فاقد هرگونه احساس و هیجانی هستند. در هر دو گروه هیجان خواهی پایین می‌تواند تبیینی برای این موضوع باشد. در رابطه با فرضیه دوم، یافته‌های به دست آمده با نتایج شیواری و همکاران (۲۰۱۷) و کاک و همکاران (۲۰۱۸) شباهت‌هایی نشان می‌دهد؛ افسردگی به واسطه راه‌اندازی علائمی چون ناامیدی و فقدان انگیزه، عزت‌نفس و تاب‌آوری پایین، کمبود انرژی، افکار و احساسات منفی فرد را مستعد ابتلا به اختلال مصرف مواد می‌گرداند. به گونه‌ای که فرد افسرده برای مقابله با افکار و احساسات منفی، ایجاد انرژی، انگیزه، امید و احساسات مثبت در خود، مقاومت در برابر مشکلات و در نهایت ایجاد احساس عزت‌نفس و ارزشمندی، به مصرف مواد روی می‌آورد. نکته جالب توجه آن است که در تمامی انواع افسردگی (شخصیت افسرده، افسرده خویی و افسردگی اساسی) نمرات گروه مبتلا به اختلال روانی توأم با اختلال مصرف مواد به طرز معناداری بالاتر بود. اضطراب به واسطه راه‌اندازی علائمی چون اختلال تمرکز، اختلال خواب، اعتمادبه‌نفس پایین، افکار و احساسات منفی و شکایت‌های جسمانی چون سردرد، سرگیجه، تهوع، تپش قلب و... فرد را مستعد ابتلا به اختلال مصرف مواد می‌گرداند. به طوری که فرد مضطرب برای خاموش کردن افکار و احساسات منفی، فائق آمدن بر مشکلات خواب، کاهش دردهای جسمانی، ایجاد تمرکز در خود، برطرف نمودن تردیدها و ایجاد اعتمادبه‌نفس در خود، به مصرف مواد روی می‌آورد. در اختلالات جسمانی شکل نیز از آنجایی که دامنه گسترده‌ای از علائم و شکایت‌های جسمانی وجود دارد که محل فعالیت‌های روزمره هستند، لذا مبتلایان به این اختلال به منظور تسکین دردهای جسمانی و کاهش شکایت‌های بدنی خویش به مصرف مواد و الکل روی می‌آورند. در اختلال مانیا فرد شدیداً تهییج شده و دچار حالت شعف، شیدایی و برانگیختگی افراطی می‌شود، لذا کنترل خویش را بر رفتارهایش از دست داده و به اقدامات افسارگسیخته و پرخطری چون مصرف مواد و الکل دست می‌زند. در اختلال استرس پس از ضربه نیز به واسطه وجود علائمی چون تجربه مجدد ضربه (فلش بک)، برانگیختگی و اجتناب از رویارویی با افکار و خاطرات مرتبط با ضربه، فرد دچار این اختلال ممکن است به عنوان یکی از راه‌های فرار از افکار، احساسات و خاطرات دردناک مرتبط با ضربه و تسکین خویش به مواد و الکل روی آورد.

یافته‌های پژوهش حاضر نقش مهم الگوهای نابهنجار شخصیتی و نشانگان بالینی را در ابتلای هم‌زمان به اختلال روانی و اختلال مصرف مواد نمایان می‌سازد. دقت بیشتر در یافته‌ها نشان می‌دهد که مشخصاً مشکلات خلقی از جمله افسردگی، شیدایی، به علاوه اختلالات شخصیتی خوشه B که ویژگی محوری آن‌ها ابراز شدید هیجانان و بی‌ثباتی هیجانی است، نقش پررنگ‌تری در ابتلای هم‌زمان به اختلال روانی و اختلال مصرف مواد ایفا می‌کنند. بنابراین، می‌توان از این نتایج در راستای افتراق بالینی دقیق‌تر هر یک از گروه‌ها و انتخاب پروتکل‌های درمانی اختصاصی‌تر استفاده کرد.

مطالعه حاضر، با توجه به دسترسی محدود به افراد دارای اختلال مصرف مواد بر روی نمونه‌ای کوچک انجام گرفت، بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که به منظور افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها، مطالعه حاضر بر روی نمونه‌های زنان و تعداد بیشتر افراد صورت گیرد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این پژوهش مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش اعلام می‌دارد.

منابع

- سرابی، پیام و صادقی، خیرالله (۱۳۹۹). ارزیابی مشخصات روان‌سنجی آزمون بالینی چند محوری میلون - ۳. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌سنجی. ۳۳(۹): ۱۴۳-۱۲۱.
- سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت و روئیز، پدرو (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۶). تهران: ارجمند.
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Brennan, G. M., Hyde, L. W., & Baskin-Sommers, A. R. (2017). Antisocial pathways associated with substance use disorders: characterizing etiological underpinnings and implications for treatment. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 13, 124–129. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.11.014>
- Groth-Marnat, G., & A Jordan Wright. (2016). Handbook of psychological assessment (6th ed.). Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Helle, A. (2019). Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(1). <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.05>
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M. X., & Saunders, J. B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 234–258. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011>
- Hunt, G. E., Malhi, G. S., Lai, H. M. X., & Cleary, M. (2020). Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990–2019: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 266, 288–304. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.141>
- Jones, C. M., & McCance-Katz, E. F. (2019). Co-occurring substance use and mental disorders among adults with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 78–82. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.030>
- Köck, P., & Walter, M. (2018). Personality disorder and substance use disorder – An update. *Mental Health & Prevention*, 12, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.10.003>
- Liu, R. T., Bettis, A. H., & Burke, T. A. (2020). Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation. *Psychological Medicine*, 1–17. <https://doi.org/10.1017/s003329171900391x>
- Østergaard, M. L. D., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2017). Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personal. *Addiction*, 112(7), 1250–1259. <https://doi.org/10.1111/add.13788>
- Parmar, A., & Kaloiya, G. (2018). Comorbidity of Personality Disorder among Substance Use Disorder Patients: A Narrative Review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(6), 517–527. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_164_18
- Sarabi, P., Sadeghi, Kh. (2020). Assessment Characteristics Psychometric Millon Clinical Multiaxial Inventory – 3. *Journal of Psychometrics*, 9(33), 143-121.

- Shiviari, F., Safaryani, A., & Rostamzadeh, M. (2017). The comparison of prevalence of personality disorders among individuals with substance abuse, regression to abuse and ordinary people. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19(special issue), 128-135.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., and Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences*. Farzin Rezaei. (1396). Tehran. Arjmand Publications.
- Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 5(1), 1-12.
- Trowbridge, P., Weinstein, Z. M., Kerensky, T., Roy, P., Regan, D., Samet, J. H., & Walley, A. Y. (2017). Addiction consultation services – Linking hospitalized patients to outpatient addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 79, 1–5.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.05.007>
- Young, J. T., Heffernan, E., Borschmann, R., Ogloff, J. R. P., Spittal, M. J., Kouyoumdjian, F. G., Preen, D. B., Butler, A., Brophy, L., Crilly, J., & Kinner, S. A. (2018). Dual diagnosis of mental illness and substance use disorder and injury in adults recently released from prison: a prospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 3(5), e237–e248. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(18\)30052-](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(18)30052-)



© 2022 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BYN4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی بر اساس کنترل تکانه، شرم درونی شده و نشخوارفکری در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب

مژگان عباسی آبرزگه^۱، مجید ضرغام حاجبی^{۲*}، علیرضا آقاییوسفی^۳

چکیده

هدف پژوهش پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی بر اساس کنترل تکانه، شرم درونی شده و نشخوارفکری در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب بود. روش پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع تحلیل رگرسیون بود. جامعه آماری پژوهش نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب شهر تهران در سال ۱۴۰۱ با تعداد ۱۳۶۵ نفر بود. جهت گزینش نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۳۰۰ نفر انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های آسیب به خود، تکانشگری، نشخوار فکری و شرم درونی شده بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه به روش همزمان استفاده شد. نتایج نشان داد بین کنترل تکانه، نشخوار فکری و شرم درونی شده با رفتارهای خودآسیبی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. شرم درونی شده بیشترین و تکانشگری حرکتی کمترین پیش‌بینی‌کنندگی را داشت. در این پیش‌بینی نشخوار فکری سهمی نداشت. کاهش کنترل تکانه و افزایش شرم درونی شده سبب افزایش رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان شد. با تکیه بر یافته‌های پژوهش استفاده از آموزش برنامه‌های کاهش تکانشگری در مقابله با شرم درونی شده و مشکلات وابسته پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: رفتارهای خودآسیبی، شرم درونی شده، کنترل تکانه، نشخوار فکری، نوجوانان

^۱ دانشجوی دکتری، روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران ✉

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

دوره نوجوانی از حساس‌ترین مراحل زندگی فرد و دوره گذر از کودکی به بلوغ و بزرگسالی است. نوجوانی دوره‌ای سرشار از تغییرات و چالش‌ها است (ایزپیتارت، آدرتون، زنگ، آلونسو اربیول^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). در این دوره در برخی موارد افزایش هیجانات با بروز رفتارهای پرخطر در نوجوانان در ارتباط است (نیکول، مک، مورای و کاوانگاه^۲، ۲۰۲۲). یکی از آسیب‌هایی که نوجوانان با آن مواجه هستند، رفتارهای خودآسیبی^۳ است که در دوره نوجوانی شیوع بیشتری دارد (دلی، گریفین، کوکوران، وب^۴ و همکاران، ۲۰۲۰؛ ژو، گریفیدز، ایسنر، هپ^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). در خودآسیبی فرد به بدن خود آسیب می‌زند ولی این آسیب بدون انگیزه و قصد خودکشی است (استیجلجا و میشارا^۶، ۲۰۲۲؛ دوارت، پابولینو، آلمیدا، گومز^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین در مطالعات انجام شده وجود مشکلات روان‌شناختی و تشخیص‌هایی مانند مشکلات مربوط به کنترل تکانه^۸ (سورگی، امرن، چیونگ، فهلگرن^۹ و همکاران، ۲۰۲۱)، شرم درونی شده^{۱۰} (میریش، پترس و ین^{۱۱}، ۲۰۱۹) و نشخوار فکری^{۱۲} (کیوانلو، رفیعی‌راد، نریمانی و بشرپور، ۲۰۲۲) در نوجوانان با شکایت رفتارهای خودآسیبی گزارش شده است.

مشکلات مربوط به کنترل تکانه به عنوان یکی از عوامل اثربخش در بروز رفتارهای خودآسیبی مطرح است (سورگی و همکاران، ۲۰۲۱). نوجوانان در دوره نوجوانی با هیجانات زیادی روبرو می‌شوند و اغلب از تکانشگری به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای برای رهایی از حالات روانی و هیجانی غیرقابل تحمل استفاده می‌کنند (بیچ، گیسندانر و اسپچمیت^{۱۳}، ۲۰۲۱). ویژگی تکانشگری ناتوانی افراد برای مقاومت در برابر یک تکانه، سائق یا میل شدید به انجام رفتار خاصی است که برای فرد یا دیگران زیانبار است (اوزیوریک^{۱۴}، ۲۰۲۲). نوجوانانی که اقدام به رفتارهای خودآسیبی کرده‌اند معمولاً پیش از انجام این رفتارها دچار تنش و انگیزتگی فزاینده‌ای می‌شوند و گاهی این برانگیختگی با انتظار آگاهانه برای دریافت لذت آمیخته است (سورگی و همکاران، ۲۰۲۱) و با رفتارهای خودآسیبی در ارتباط است (حیدری‌نژاد، حیدری و داوودی، ۲۰۲۰؛ هوبر، مک‌گلا، لیگارتا، سابرامانیام^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۱؛ بیچ و همکاران، ۲۰۲۱؛ شفتی، تیلور، فورستر و پرات^{۱۶}، ۲۰۲۱؛ سورگی و همکاران، ۲۰۲۱).

شرم نیز به عنوان یکی از مهم‌ترین هیجان‌های خودآگاه است که تأثیر چشمگیری بر آسیب‌پذیری نسبت به اختلال‌های روانی و شخصیت دارد (میریش و همکاران، ۲۰۱۹). احساس شرم یک هیجان دردناک است که با کوچک شدن، خوار شدن، بی‌ارزشی

1 Aizpitarte, Atherton, Zheng, & Alonso-Arbiol

2 Nicol, Mak, Murray, & Kavanagh

3 Self-injurious behaviors

4 Daly, Griffin, Corcoran, & Webb

5 Zhu, Griffiths, Eisner, & Hepp

6 Stijelja & Mishara

7 Duarte, Paulino, Almeida, & Gomes

8 impulse control

9 Sorgi, Ammerman, Cheung, & Fahlgren

10 Internalized shame

11 Mereish, Peters & Yen

12 Rumination

13 Beach, Gissandaner, & Schmidt

14 Özyörük

15 Huber, McGlade, Legarreta, & Subramaniam

16 Shafiqi, Taylor, Forrester, & Pratt

یا ناتوانی همراه است و در آن یک خصومت معطوف به درون وجود دارد (کامرون، شیا و راندال^۱، ۲۰۲۰). برای شرم دو مؤلفه را برای آن در نظر می‌گیرند که عبارتند از: شرم درونی^۲ که توجه، متمرکز بر خود است (گیلبرت^۳، ۲۰۰۷) و شرم بیرونی^۴ مربوط به افکار و احساساتی است مبنی بر اینکه فرد در ذهن دیگران چگونه به نظر می‌رسد (کامرون و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که شرم درونی با وقوع رفتارهای خودآسیبی در ارتباط است (کامرون و همکاران، ۲۰۲۰؛ میریش و همکاران، ۲۰۱۹؛ اسپنیدر، سانزمارتینز، کولر، دی اونوفریو^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). از سویی دیگر می‌توان بیان کرد که فعال شدن احساس گناه و شرم درباره یک هیجان به صورت درونی و به دنبال آن سرزنش، موجب به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمدی می‌شود که یکی از آنها نشخوار فکری است (کیوانلو و همکاران، ۲۰۲۲).

نشخوار فکری افکاری تکراری، مقاوم، عودکننده و کنترل‌ناپذیر است که حول یک موضوع معمول قرار دارد و این افکار به طور غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه افراد را از موضوعات موردنظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازند و به صورت هدف‌دار عمل نمی‌کنند (واتکینس^۶، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که نشخوار فکری و نارسایی و پریشانی هیجانی به عنوان قوی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودآسیبی هستند (خدمتی، ۲۰۲۰؛ شرف، لاجین و تامپسون^۷، ۲۰۱۸؛ ناویا^۸، ۲۰۲۱؛ تانگ، ایکسیانگ، شی، چن^۹ و همکاران، ۲۰۲۱).

با در نظر گرفتن اینکه، نوجوانان برای سرکوب حمایت از دست رفته با آسیب رساندن به خود در قالب رفتارهای خودآسیبی به نوعی هیجان‌ات خود را تخلیه می‌کنند و همین عامل زمینه‌ساز مشکلات بسیاری در این افراد است، لذا بررسی عوامل اساسی و مؤثر در بروز این رفتارهای خودآسیبی اهمیت دارد. از سویی دیگر پژوهش‌ها بیان کرده‌اند که، نوجوانان با سابقه خودآسیبی با میزان ۷۷ درصد، حداقل یک‌بار و با میزان ۵۵ درصد چندین بار اقدام به رفتارهای خودآسیبی داشته‌اند و خطر مرگ در اثر خودکشی در طول شش ماه اول پس از خودآسیبی، بسیار زیاد است (تانگ و همکاران، ۲۰۲۱). از این‌رو با در نظر گرفتن فاکتورهای مؤثر بر رفتارهای خودآسیبی و با در نظر گرفتن پیشینه پژوهش، هدف پژوهش حاضر تعیین نقش کنترل تکانه، شرم درونی شده و نشخوار فکری در پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب بود. در این پژوهش فرضیه: «کنترل تکانه، شرم درونی شده و نشخوار فکری در پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب نقش دارند» مورد بررسی قرار گرفته است.

1 Cameron, Shea, & Randall

2 Inner shame

3 Gilbert

4 External shame

5 Schneider, Sanz Martinez, Koller & D'Onofrio

6 Watkins

7 Sharaf, Lachine, & Thompson

8 Navya

9 Tang, Xiong, Shi, & Chen

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و به لحاظ روش گردآوری داده‌ها از نوع پژوهش‌های توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان (دختر و پسر) ۱۴ تا ۱۸ سال مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب شهر تهران با تعداد ۱۳۶۵ نفر در سال ۱۴۰۱ بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان نوجوانان مراجعه‌کننده به این مراکز که اغلب به دلیل فرار از خانه، بودن در خانواده‌های آشفته و فرار از اعضای خانواده برای مدتی و دریافت خدمات کاهش آسیب (پیشگیری از بارداری، پوشاک، خوراک و خدمات روان‌شناختی) به این مراکز مراجعه کرده و دارای پرونده مددکاری در این مراکز بودند تعداد ۳۰۰ نفر به استناد به فرمول کوکران برای تعیین حجم نمونه و جامعه و با توجه به پرونده‌های مددکاری فعال موجود در مراکز انتخاب شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل: شرایط سنی ۱۴ تا ۱۸ سال، سابقه رفتارهای خودجرحی (جرح خویشتن و آسیب رساندن فیزیکی به بدن خود) با استناد به پرونده‌های مددکاری و گزارش‌های ثبت شده، عدم ابتلا به سایکوز و مصرف داروهای روانپزشکی در ارتباط با این مشکل روانپزشکی و به دلیل عدم دسترسی به والدین این گروه از نوجوانان که اغلب فراری بودند و یا دسترسی به هویت آنها ممکن نیست برای شرکت در پژوهش رضایت شرکت‌کنندگان و رضایت مددکار و مسئول مراکز اخذ شد؛ همچنین ملاک خروج از پژوهش نیز شامل: عدم تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش و عدم رضایت شرکت‌کنندگان، مسئول مرکز و مددکار مربوطه برای ادامه همکاری نوجوانان در روند مطالعه بود. همچنین باید خاطر نشان کرد که جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان، مددکارو مسئولین مراکز انجام شد و به آنان اطمینان داده شد که پاسخ‌های شرکت‌کنندگان به صورت نتایج کلی بدون قید مشخصات افراد و یا بررسی فردی منتشر خواهد شد و همچنین از شرکت‌کنندگان نیز اطلاعات شخصی در مورد هویت آنها مانند نام و اطلاعات دقیق دریافت نشده است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان و نرم‌افزار **SPSS-25** استفاده شده است.

ابزار سنجش

پرسشنامه آسیب به خود^۱ (SHI): این پرسشنامه توسط سانسون، ویدرمن و سانسون^۲ (۱۹۹۸)، طراحی و فرم کوتاه آن دارای ۲۲ گویه است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت (خیر= ۰ و بله= ۱) و حداقل نمره صفر و حداکثر ۲۲ است. نمره بالا نشان دهنده شدت و فراوانی بیشتر رفتارهای خودآسیبی است. در این پرسشنامه رفتارهایی که عمداً به منظور آسیب به خود انجام شده‌اند مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. مانند سوء مصرف دارو یا مواد و الکل، خودزنی، ایراد آسیب بدنی به خود تا از دست دادن شغلی به صورت عمدی. در پژوهش سانسون و همکاران (۱۹۹۸) ضرایب اعتبار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و روایی همگرایی این آزمون با ابزار اختلال شخصیت کرنبرگ^۳ (۱۹۶۷) ۰/۷۰ گزارش شد. در پژوهش میکائیلی، نریمانی، قریب

1 Self-Harm Questionnaire

2 Sansone, Wiederman & Sansone

3 Korenberg Personality Disorder Questionnaire

بلوک و بلندی (۲۰۱۹) ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و در پژوهش رشیدی اصل، کوکلی، میرخانی و شاهانی (۲۰۲۱) و ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شد. همچنین در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمده است.

مقیاس تکانشگری بارت^۱ (BIS-11): این مقیاس توسط بارت، استنفورد، کنت و فلدوس^۲ (۲۰۰۴)، طراحی و دارای ۳۰ گویه و سه عامل، با شیوه پاسخگویی براساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای، هرگز = ۱ تا همیشه = ۴ است. بیشترین نمره در این مقیاس ۱۲۰، کمترین ۳۰ با میانگین ۶۰ است. در پژوهش بارت و همکاران (۲۰۰۴) ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و با استفاده از روش تحلیل عامل تأییدی سه عامل: عدم برنامه‌ریزی^۳، تکانشگری حرکتی^۴ و تکانشگری شناختی^۵ با بارهای عاملی ۰/۲۸، ۰/۳۱ و ۰/۴۱ استخراج شد. اختیاری، رضاوند و مکری (۲۰۰۸)، ضریب پایایی نسخه فارسی آن را با روش آلفای کرونباخ، برای نمزه کل در افراد وابسته به اعتیاد و افراد سالم به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۳، و ضریب همبستگی (روایی) بین نمره کل آزمون افراد سالم با نتیجه عامل کژکنشی^۶ دیکمن^۷ مثبت و معنی‌دار ($r = 0/336$)، گزارش کردند. همچنین در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شده است.

مقیاس شرم درونی‌شده^۸ (ISS): این مقیاس توسط کوک^۹ (۱۹۹۳)، طراحی و دارای ۳۰ گویه و نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (هرگز = ۰ تا همیشه = ۴) است. نمره بالا نشان‌دهنده بی‌ارزشی برای خرده مقیاس کمرویی^{۱۰} و نمره پایین بیانگر اعتماد به نفس بالا برای خرده مقیاس عزت‌نفس^{۱۱}، حداقل نمره ۰ و حداکثر ۱۲۰ و میانگین ۶۰ است. کوک (۱۹۹۳)، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های کمرویی و عزت‌نفس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ و برای بررسی روایی نیز قابلیت اطمینان خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ گزارش کرده است. در پژوهش رجیبی و عباسی (۲۰۱۲)، ضرایب پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده و برای بررسی روایی نتایج نشان داده رابطه بین شرم درونی شده با خودانتقادی^{۱۲} ($r = 0/75$) مثبت و معنادار است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شده است.

-
- 1 Barratt Impulsivity Scale
 - 2 Barratt, Stanford, Kent & Felthous
 - 3 Lack of Planning
 - 4 Movement impulsivity
 - 5 Cognitive impulsivity
 - 6 Curvature agent
 - 7 Dickman
 - 8 Internalized Shame Scale
 - 9 Cook
 - 10 Shyness
 - 11 Self-esteem
 - 12 Self-criticism

۵۰..... پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی بر اساس کنترل تکانه، شرم درونی شده و نشخوار فکری ...

مقیاس نشخوار فکری^۱ (RRS): این مقیاس توسط نولن-هوکسما و مارو^۲ (۱۹۹۱)، طراحی و دارای ۲۲ گویه و سه بعد بازتاب^۳ (بروز دادن)، در فکر فرو رفتن^۴ و افسردگی^۵ و با نمره‌گذاری چهار درجه‌ای (هرگز = ۱ تا همیشه = ۴) است. حداقل امتیاز ممکن ۲۲ و حداکثر ۸۸ بود. نمره بین ۲۲ تا ۳۳ میزان نشخوار فکری پایین، نمره بین ۳۳ تا ۵۵ نشخوار فکری متوسط و نمره بالاتر از ۵۵ میزان نشخوار فکری بالا را نشان می‌دهد. در پژوهش نولن-هوکسما و مارو (۱۹۹۱)، پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایبی ۰/۸۸ - ۰/۹۲ گزارش شد. در پژوهش اسدی مجرد، عابدینی، پورشریفی و نیکوکار (۲۰۱۲) پایایی این مقیاس با استفاده روش از آلفای کرونباخ ضریب ۰/۸۱ و همبستگی بین مقیاس نشخوار فکری با پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۶ (۱۹۹۰) ۰/۴۶ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمده است.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۶/۴۹ با انحراف استاندارد ۱/۴۲ بود. همچنین از میان ۳۰۰ نوجوان تعداد ۱۹۰ نفر دختر (معادل ۶۳/۳ درصد) و ۱۱۰ نفر پسر (معادل ۳۶/۷ درصد) بودند.

جدول ۱، میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین مقدار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین در این جدول جهت سنجش نرمال بودن متغیرهای پژوهش مقادیر کلموگروف اسمیرنوف آرایه شده است که نشانگر آن است که متغیرها دارای توزیع نرمال است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهش استفاده کرد. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف نشان داد متغیرهای پژوهش با احتساب سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است که نشان از نرمال بودن متغیرهای پژوهش است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهش استفاده کرد.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، کمترین، بیشترین و مقدار کلموگروف اسمیرنوف متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	مقدار کلموگروف اسمیرنوف
رفتارهای خودآسیبی	۱۰/۸۹	۶/۹۶	۱	۳۱	۰/۱۱
تکانشگری عدم برنامه‌ریزی	۲۲/۲۳	۷/۰۸	۱۰	۳۵	۰/۱۰
تکانشگری شناختی	۹/۸۶	۳/۳۷	۴	۱۶	۰/۰۶
تکانشگری حرکتی	۲۹/۶۱	۹/۴۱	۱۴	۴۶	۰/۱۲
کنترل تکانه (کلی)	۷۴/۲۶	۲۲/۳۷	۴۳	۱۰۷	۰/۵۱

1 Rumination Reflection Scale

2 Nolen-Hoeksema & Morrow

3 Reflection

4 Thinking about falling

5 Depression

6 Pennsylvania State Anxiety Questionnaire

در فکر فرو رفتن	۱۲/۴۲	۳/۴۲	۵	۲۰	۰/۰۷
افسردگی	۲۴/۷۲	۶/۶۷	۱۱	۳۸	۰/۰۸
بازتاب	۱۲/۲۹	۴/۱۹	۵	۲۰	۰/۰۶
نشخوار فکری (کلی)	۵۴/۵۰	۱۴/۱۴	۲۸	۸۰	۰/۰۷
شرم درونی شده	۵۹/۵۵	۳۶/۵۰	۱۰	۱۱۰	۰/۱۴

بر اساس نتایج جدول شماره ۲، مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین کنترل تکانه، نشخوار فکری و شرم درونی شده با رفتارهای خودآسیبی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۹ و ۰/۸۵ بدست آمده است، بنابراین بین کنترل تکانه، نشخوار فکری و شرم درونی شده با رفتارهای خودآسیبی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($p < ۰/۰۱$).

عامل تورم واریانس همه متغیرهای مستقل کمتر از ۱۰ و در دامنه مطلوب و شاخص تحمل نیز برای همه متغیرهای مستقل بیشتر از صفر و نزدیک به یک و در دامنه مطلوب بود. مقدار آماره دوربین واتسون نیز ۱/۵۵ به دست آمد که در فاصله ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد. نتایج حاصل از تحلیل واریانس رگرسیون نشان داد متغیرهای پیش‌بین کنترل تکانه (تکانشگری عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی)، نشخوار فکری (در فکر فرو رفتن، افسردگی و بازتاب) و شرم درونی شده به صورت همزمان به پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی قادر هستند ($F=۴۲۸/۳۰۳$ ، $p < ۰/۰۰۱$).

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. رفتارهای خودآسیبی	۱									
۲. تکانشگری عدم برنامه‌ریزی	۰/۶۶	۱								
۳. تکانشگری شناختی	۰/۶۲	۰/۶۵	۱							
۴. تکانشگری حرکتی	۰/۶۱	۰/۶۹	۰/۶۵	۱						
۵. کنترل تکانه (کلی)	۰/۶۳	۰/۶۴	۰/۶۷	۰/۶۷	۱					
۶. در فکر فرو رفتن	۰/۶۵	۰/۶۴	۰/۶۴	۰/۶۵	۰/۶۸	۱				
۷. افسردگی	۰/۶۴	۰/۶۴	۰/۶۱	۰/۶۹	۰/۶۰	۰/۶۷	۱			
۸. بازتاب	۰/۶۳	۰/۶۸	۰/۶۸	۰/۶۴	۰/۵۶	۰/۴۶	۰/۶۱	۱		
۹. نشخوار فکری (کلی)	۰/۶۹	۰/۶۶	۰/۶۳	۰/۶۱	۰/۶۳	۰/۵۶	۰/۵۹	۰/۵۹	۱	
۱۰. شرم درونی شده	۰/۶۵	۰/۶۸	۰/۶۶	۰/۶۳	۰/۶۶	۰/۵۷	۰/۶۹	۰/۶۶	۰/۶۲	۱

(همه نتایج در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار است)

۵۲..... پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی بر اساس کنترل تکانه، شرم درونی شده و نشخوار فکری ...

به منظور بررسی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی تفکیکی هر یک از متغیرهای پژوهش، ضرایب رگرسیون استاندارد شده در جدول ۳ به تفکیک ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود، نتایج حاکی از آن است که تکانشگری حرکتی ۰/۱۸ و شرم درونی شده ۰/۷۷ می‌تواند رفتارهای خودآسیبی را پیش‌بینی کند و سایر متغیرهای پژوهش یعنی عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری شناختی و بازتاب در این پیش‌بینی نقشی ندارند. در این پیش‌بینی، بیش‌ترین نقش را شرم درونی شده ایفا می‌کند.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی بر اساس کنترل تکانه، نشخوار فکری و شرم درونی شده

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	BETA	T	Sig
مقدار ثابت	-۲/۰۰	۰/۸۹	-	-۲/۲۳	۰/۰۲
تکانشگری عدم برنامه‌ریزی	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۳۶	۰/۷۱
تکانشگری شناختی	۰/۰۲	۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۳۲	۰/۷۴
تکانشگری حرکتی	۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۱۸	۳/۰۷	۰/۰۰
در فکر فرو رفتن	۰/۱۲	۰/۰۵	۰/۰۶	۲/۱۲	۰/۰۳
افسردگی	۰/۱۰	۰/۰۴	۰/۱۰	۲/۲۶	۰/۰۲
بازتاب	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۸۲	۰/۴۰
شرم درونی شده	۰/۱۴	۰/۰۱	۰/۷۷	۱۲/۰۱	۰/۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی بر اساس کنترل تکانه، شرم درونی شده و نشخوار فکری در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب بود. نتایج نشان داده است کنترل تکانه، رفتارهای خودآسیبی را به صورت مثبت و معنادار پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی حیدری نژاد و همکاران (۲۰۲۰)، هوبر و همکاران (۲۰۲۱)، بیچ و همکاران (۲۰۲۱)، سورگی و همکاران (۲۰۲۱) و شفتی و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت با توجه به اینکه عدم کنترل هیجانات می‌تواند با بروز واکنش‌های سریع هیجانی به موقعیت‌های تنش‌زا همراه باشد لذا می‌توان انتظار داشت که مشکل در کنترل تکانه نقش مؤثری در گرایش به رفتارهای خودآسیبی دارد (هوبر و همکاران، ۲۰۲۱). از سویی دیگر نوجوانانی که به صورت تکانشی و در لحظه تصمیم می‌گیرند به احتمال بیشتری در هنگام مواجهه با تنش‌ها نیز بدون تفکر منطقی عمل می‌کنند و همین عامل خطرپذیری را افزایش می‌دهد (شفتی و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین نوجوانان با رفتارهای تکانشگری اغلب قادر نخواهند بود با آرامش برنامه‌ریزی لازم را برای دستیابی به اهداف خود داشته باشند زیرا تحت‌تأثیر هیجانات عمل می‌کنند. از این رو زمانی که نوجوان با چالشی مواجه می‌شود به دلیل ضعف در مهارت‌های شناختی یک مسئله را غیرقابل حل تصور کرده و قادر نخواهد بود مسئله را حل کند، از این رو با افزایش مشکلات هیجانی و سرکوب آنها فرد با

رفتارهای خودآسیبی سعی در تخلیه هیجانات دارد. نوجوان با آسیب رساندن به خود تلاش می‌کند هیجانات نهفته درونی خود را تسکین دهد.

از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که شرم درونی شده، رفتارهای خودآسیبی را به صورت مثبت و معنادار پیش بینی می‌کند. نتایج پژوهش با یافته‌های پژوهشی اسپیندر و همکاران (۲۰۲۲)، کامرون و همکاران (۲۰۲۰) و میریش و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد با توجه به اینکه شرم درونی شده به ایجاد مشکلات روانشناختی همچون کاهش عزت‌نفس و افزایش استرس نسبت به بی‌آبرویی همراه است لذا نوجوانانی که به مراکز کاهش آسیب مراجعه می‌کنند اغلب نوجوانان فراری از خانه با میزان ۸۹ درصد یا دارای خانواده‌های آسیب‌دیده هستند، از این رو نسبت به جامعه خود را طرد شده می‌دانند در نتیجه عزت‌نفس در این افراد کاهش می‌یابد. کاهش عزت‌نفس موجب می‌شود افراد خود را در مقابل مشکلات ناتوان ببینند این احساس ناتوانی با افزایش هیجانات منفی فرد را به سوی انجام رفتارهای خودآسیبی هدایت می‌کند تا بتوانند از این طریق هیجانات تجربه شده را کاهش دهند (اسپیندر و همکاران، ۲۰۲۲). می‌توان انتظار داشت شرم درونی شده با کاهش مؤلفه‌های شناختی مثبت در ارتباط با تنش‌های زندگی اتفاق می‌افتد. فرد برای گریز از این شرم درونی شده و هیجانات همراه آن به خود آسیب می‌رساند زیرا اغلب این رفتارها نوعی تخلیه هیجانات و گاهی خودنمایی برای طلب یاری از دیگران در مقابل احساس ناتوانی خود است.

همچنین نتایج نشان داد که نشخوار فکری، رفتارهای خودآسیبی را به صورت مثبت و معنادار پیش بینی می‌کند. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی خدمتی (۲۰۲۰)، ناویا (۲۰۲۱) و تانگ و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان بیان کرد، نشخوار فکری با مرور مداوم وقایع و آسیب‌ها همراه است لذا اضطراب در نوجوانان افزایش می‌یابد، و در پی افزایش این اضطراب افراد مشکلات را بیشتر و قوی‌تر از چیزی که هستند در نظر می‌گیرند، از این رو می‌توان انتظار داشت که عدم مقابله با مشکلات می‌تواند با بروز مشکلات روانشناختی همچون افسردگی مرتبط باشد که یکی از مؤلفه‌های مهم نشخوار فکری است (شرف و همکاران، ۲۰۱۸). با افزایش نشخوار فکری هیجانات کنترل نشده افزایش می‌یابد و این عامل می‌تواند منجر به بروز رفتارهای خودآسیبی برای کاهش هیجان درک شده شود؛ به گونه‌ای که می‌توان بیان کرد نشخوار فکری می‌تواند افکار مربوط به آسیب به خود را قوت ببخشد. از سوی دیگر با توجه به اینکه قسمت بازتاب نشخوار فکری می‌تواند تا حدی برای افراد مفید باشد؛ زیرا تأمل در مورد مشکلات می‌تواند افراد را به راه حلی موثر برساند. همچنین، بازتاب رویدادهای خاص می‌تواند در پردازش احساسات مرتبط با این رویدادها به افراد کمک کند از این رو می‌توان بیان کرد که بازتاب می‌تواند در برخی از موارد در پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی نقش مؤثری ایفا نکند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم دسترسی به میزان و شدت انجام رفتارهای خودآسیبی با توجه به صداقت پاسخگویان است. همچنین عدم امکان تفکیک شرکت‌کنندگان بر حسب نوع رفتار خودآسیبی به عنوان محدودیت دیگر پژوهش مطرح است. با توجه به اینکه اغلب شرکت‌کنندگان نوجوانان فراری و یا خانواده‌های آسیب‌دیده بودند امکان دسترسی به والدین و سنجش میزان رفتارهای پرخطر در سایر اعضای خانواده و سنجش خانواده وجود نداشت، از این رو در تعمیم‌پذیری نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به یافته‌های به دست آمده پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در نوجوانان گروه‌های عادی که همراه

۵۴..... پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی بر اساس کنترل تکانه، شرم درونی شده و نشخوار فکری ...

والدین خود زندگی می‌کنند و سابقه رفتارهای خودآسیبی داشته‌اند انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی علاوه بر استفاده از ابزار پرسشنامه برای سنجش متغیرهای روان‌شناختی، پرسشنامه خودگزارشی جهت سنجش مشکلات رفتاری در سایر اعضای خانواده و یا بستگان درجه اول و عوامل دموگرافیک اجرا شود. همچنین در پژوهش‌های آتی نوع رفتارهای خودآسیبی و شدت آنها مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش یاری رساندند از جمله شرکت‌کنندگان تشکر و قدردانی می‌گردد. تذکر: مقاله حاضر مستخرج از رساله دکترا رشته روانشناسی عمومی نویسنده اول (مژگان عباسی آبرزگه) است.

منابع

- اسدی مجرد، سامره، عابدینی، مریم، پورشریفی، حمید و نیکوکار، مهناز (۱۳۹۱). رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نشخوار فکری با نگرانی در جمعیت دانشجویی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴ (۴): ۸۳-۹۲.
- اختیاری، حامد، رضوان‌فرد، مهرناز و مکری، آذرخش (۱۳۸۷). تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن: بازبینی دیدگاه‌ها و بررسی‌های انجام شده. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳ (۵۴): ۲۴۷-۲۵۷.
- حکیم شوشتری، میترا و خانی‌پور، حمید (۱۳۹۳). مقایسه خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان: مرور نظام‌مند. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۰ (۱): ۳-۱۳.
- حیدری‌نژاد، محسن، حیدری، حسن و داوودی، حسین (۱۳۹۹). پیش‌بینی تمایل به خودکشی بر اساس متغیرهای دشواری تنظیم هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی، انعطاف‌پذیری خانواده و تحمل پریشانی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۸ (۳): ۱۶۹-۱۸۱.
- خدمتی، نسرين (۱۳۹۸). رابطه نشخوار فکری و دشواری تنظیم هیجان با رفتارهای خود آسیب‌رسان دانش‌آموزان. *مجله رویش روانشناسی*، ۸ (۱۱): ۱۹-۲۶.
- رجبی، غلامرضا و عباسی، قدرت اله (۱۳۹۰). بررسی رابطه خودانتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی شده در دانشجویان. *مجله پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱ (۲): ۱۷۱-۱۸۲.
- رشیدی اصل، حامد، کاکلی معصومه، میرخانی، سیدرضا و شاهانی، سمیه (۱۳۹۹). نقش اجتناب تجربی و دشواری در تنظیم هیجان در پیش‌بینی رفتارهای آسیب به خود در دختران نوجوان با سابقه فرار از منزل. *مجله رویش روان‌شناسی*، ۹ (۱۱): ۳۵-۴۴.
- طاهبازحسین‌زاده، سحر، قربانی، نیما و نبوی، مسعود (۱۳۹۰). مقایسه گرایش شخصیتی خودتخریبی و خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز و افراد سالم. *مجله روانشناسی معاصر*، ۶ (۲): ۳۵-۴۴.
- میکائیلی، نیلوفر، نریمانی، محمد، قریب‌بلوک، معصومه و بلندی، آذردهخت (۱۳۹۸). نقش هیجانات منفی، ناگویی خلقی و روابط بین‌فردی در پیش‌بینی رفتار آسیب به خود در نوجوانان: یک مطالعه همبستگی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۳۰ (۵): ۳۹۳-۴۰۴.
- Asadi Mojarad, S., Abedini, M., Poursharifi, H., and Nikokar, M. (2012). The relationship between intolerance of uncertainty and rumination with worry on student population. *Journal of Clinical Psychology*, 4(4): 83-92 (Text in Persian).
- Aizpitarte, A., Atherton, OE., Zheng, LR., Alonso-Arbiol, I., and Robins, R. W. (2019). Developmental precursors of relational aggression from late childhood through adolescence. *Child Development*, 90(1): 117-126.
- Barratt, ES., Stanford, MS., Kent, TA., and Felthous, A. (2004). substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41(10): 1045-1061.
- Beach, VL., Gissandaner, TD., and Schmidt, AT. (2022). The UPPS model of impulsivity and suicide: A systematic literature review. *Archives of Suicide Research*, 26(3): 985-1006.

- Cameron, AY., Shea, MT., and Randall, AB. (2020). Acute shame predicts urges for suicide but not for substance use in a veteran population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(1): 292-299.
- Cook, DR. (1993). *Internalized shame scale: Technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Daly, C., Griffin, E., Corcoran, P., Webb, RT., Ashcroft, DM., Perry, IJ., and Arensman, E. (2020). A national case fatality study of drugs taken in intentional overdose. *International Journal of Drug Policy*, 76(2): 102-609.
- Duarte, TA., Paulino, S., Almeida, C., Gomes, HS., Santos, N., and Gouveia-Pereira, M. (2020). Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Research*, 287,(54): 32-41.
- Ekhtiari, H., Rezvanfard, M., and Mokri, A. (2008). Impulsivity and its different assessment tools: A review of viewpoints and conducted researches. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(3): 247-257 (Text in Persian).
- Gratz, KL., and Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(8): 41-54.
- Huber, RS., McGlade, EC., Legarreta, M., Subramaniam, P., Renshaw, PF., and Yurgelun-Todd, DA. (2021). Cingulate white matter volume and associated cognitive and behavioral impulsivity in veterans with a history of suicide behavior. *Journal of Affective Disorders*, 281, (15): 117-124.
- Hakim Shoostari, M H., and Khanipour, H. (2014). Comparison of Self-harm and Suicide Attempt in Adolescents: A Systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 20(1) :14-26 (Text in Persian).
- Heidari Nejad, M., Heidari, H., and Davoudi, H. (2020). Prediction of Tendency to Suicide based on the Difficulty of Emotional Regulation, Cognitive Flexibility, Family Flexibility and Distress Tolerance. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 18(2): 169-181(in Persian).
- Javid, M., Mohammadi, N., and Rahimi, C. H. (2012). Psychometric properties of an Iranian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11). *Psychological Methods and Models*, 2(8) :23-34 (Text in Persian).
- Keyvanlo, S., Nariman, M., and Basharpour, S. (2022). The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy (EST) on difficulties in emotion regulation among mothers having children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(1): 243-262 (Text in Persian).
- Khedmati, N. (2020). The relationship between rumination and difficulty of emotion regulation with self-harm behaviors in students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 8(11): 19-26 (Text in Persian).
- Mereish, EH., Peters, JR., and Yen, S. (2019). Minority stress and relational mechanisms of suicide among sexual minorities: Subgroup differences in the associations between heterosexual victimization, shame, rejection sensitivity, and suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2): 547-560.
- Mikaeili, N., Narimani, M., Gharib Blook, M., and Bolandi, A. D. (2019). The role of negative emotions, ataxia and interpersonal relationships in predicting self-injurious behavior in adolescents: A correlational study. *Studies in Medical Sciences*, 30 (5): 393-404 (Text in Persian).
- Navya, K. P. (2021). *Metacognitive beliefs, ruminations and executive function in patients of depression with suicidal ideation: A controlled study* (Doctoral dissertation, Central institute of psychiatry (India)).
- Nicolai, KA., Wielgus, MD., and Mezulis, A. (2016). Identifying risk for self-harm: Rumination and negative affectivity in the prospective prediction of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(2): 223-233.
- Nolen-Hoeksema, S., and Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1): 115-121.

- Nicol, A., Mak, AS., Murray, K., and Kavanagh, P. S. (2022). The relationship between early maladaptive schemas and the functions of self-injurious behaviour in youth. *Clinical Psychologist*, 26 (3): 296-308.
- Özyörük, HE. (2022). What's going on in my mind? The effects of cognitive differences on buying impulsiveness, cognitive dissonance, and price consciousness. *International Journal of Consumer Studies*, 46(3), 889-906.
- Rajabi, G., and Abasi, G. (2012). An investigation of relationship between self-criticism, social interaction anxiety, and fear of failure with internalized shame in students. *Shahid Chamran University in Ahvaz*, 1(2): 171-182 (Text in Persian).
- Rashidi Asl, H., Kukli, M., Mirkhani, SR., and Shahani, S. (2021). The role of empirical avoidance and difficulty in emotion regulation in predicting selfharm behaviors in adolescent girls with a history of running away from home. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 9(11): 35-44 (Text in Persian).
- Schneider, BH., Sanz Martinez, Y., Koller, SH., D'Onofrio, PA., Puricelli, D., Lalota, G., and Lu, R. (2022). Hopelessness and shame in relation to suicide attempts by Cuban adolescents. *Transcultural Psychiatry*, 59(1): 28-36.
- Sorgi, KM., Ammerman, BA., Cheung, JC., Fahlgren, MK., Puhalla, AA., and McCloskey, MS. (2021). Relationships between non-suicidal self-injury and other maladaptive behaviors: beyond difficulties in emotion regulation. *Archives of Suicide Research*, 25(3): 530-551.
- Stijelja, S., and Mishara, B. L. (2022). Preventing suicidal and self-injurious behavior in correctional facilities: a systematic literature review and meta-analysis. *Eclinical Medicine*, 51(2): 101-111.
- Sharaf, AY., Lachine, OA., and Thompson, EA. (2018). Rumination, social problem solving and suicide intent among egyptians with a recent suicide attempt. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1): 86-92.
- Sansone, RA., Wiederman, M., and Sansone, L.A. (1998). The relationship between borderline personality symptomatology and healthcare utilization among women in an HMO setting. *The American Journal of Managed Care*, 2(2): 515-8.
- Shafti, M., Taylor, PJ., Forrester, A., and Pratt, D. (2021). The co-occurrence of self-harm and aggression: a cognitive-emotional model of dual-harm. *Frontiers in Psychology*, 12, (12) . <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.586135>.
- Tang, H., Xiong, T., Shi, J., Chen, Y., Liu, X., Zhang, S., ... and Yao, Z. (2021). Global and reflective rumination are related to suicide attempts among patients experiencing major depressive episodes. *Molecular Psychiatry*, 21(1): 1-9.
- Tahbaz Hoseinzadeh, S., Ghorbani, N., and Nabavi, S. M. (2011). Comparison of self-destructive tendencies and integrative self-knowledge among multiple sclerosis and healthy people. *Contemporary Psychology*, 6(2): 35-44 (Text in Persian).
- Watkins, MW. (2018). Exploratory factor analysis: A guide to best practice. *Journal of Black Psychology*, 44(3): 219-246.
- Zhu, X., Griffiths, H., Eisner, M., Hepp, U., Ribeaud, D., and Murray, A. L. (2022). Developmental associations between bullying victimization and suicidal ideation and direct self-injurious behavior in adolescence and emerging adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(7): 820-828.



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر آرام سازی حالت و تنظیم هیجان بر خودپنداره منفی نوجوانان دارای بدتنظیمی هیجان

راشین رجایی^۱، مهدی زارع بهرام آبادی^{۲*}، محمدرضا عابدی^۳

چکیده

یکی از عمده‌ترین مسائلی که نوجوانان با آن مواجه‌اند مشکلات مرتبط با بدتنظیمی هیجان و تاثیر آن بر خودپنداره افراد است. در این پژوهش به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر آرام سازی حالت و تنظیم هیجان بر خودپنداره منفی نوجوانان دارای بدتنظیمی هیجان پرداخته شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۳۰ نفر از نوجوانان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر اصفهان، از طریق مصاحبه و احراز نمره بالا (<90) در پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان انتخاب شدند و در سه گروه (۱۰ نفری) درمان آرام سازی حالت، تنظیم هیجان و کنترل به صورت تصادفی جایگذاری شدند. افراد گروه‌های مداخله ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در بازه زمانی ۸ هفته دریافت کردند و افراد گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نمودند. قبل و بعد از مداخله نیز تمامی افراد به پرسشنامه خودپنداره راجرز پاسخ دادند. داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل کواریانس تک متغیره مورد آزمون قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان تنظیم هیجان توانست میزان خودپنداره منفی نوجوانان را کاهش دهد، در حالی که درمان آرام سازی حالت بر آن موثر نبود. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله تنظیم هیجان نسبت به آرام سازی حالت در کاهش خودپنداره منفی نوجوانان موثرتر است.

کلیدواژه‌ها: بدتنظیمی هیجان، خودپنداره، درمان مبتنی بر آرام سازی حالت، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان

^۱ دانشجوی گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران ✉

^۳ استاد گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

نوجوانی مرحله‌ای منحصر به فرد از توسعه انسانی با ویژگی‌های خاص است که مسائل متعددی را برای نوجوان به همراه دارد. یکی از این مسائل، مشکلات مرتبط با بدتنظیمی هیجان است (راپیه، اور، فوربس، مگ سون^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع تنظیم هیجان با سیستم بازداری رفتاری ناحیه پیشانی مرتبط است و به دلیل تغییرات عمده در ناحیه پیشانی و دستگاه لیمبیک در این دوره محتمل است که نوجوانان در تنظیم هیجان‌هایشان با کاستی مواجه گردند (دتوز، گریترز، بلسکی، دکویس و همکاران^۲، ۲۰۲۰). به همین جهت شیوه کنار آمدن با هیجانات حائز اهمیت است و بدتنظیمی هیجان می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مشکلات مرتبط با عملکرد نوجوانان باشد (گریفین و مک کوهان^۳، ۲۰۲۰). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد مشکل در نظم جویی هیجان، فرونشانی هیجان، و ابراز عاطفه منفی (قربانی، خراسانی، شریفی بستان و جماعتی، ۲۰۱۷)، در بروز رفتارهای پرخطر این دوره نقش دارند درحالی که به کارگیری راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در این دوره با سلامت روان شناختی، رضایت از زندگی، و ادراک حمایت اجتماعی مرتبط است (ویسی، ارجمندنی، وکیلی و غلامعلی لواسانی، ۱۴۰۱؛ میرسمعی، آتش پور و آقایی، ۱۳۹۸).

علاوه بر این کنار آمدن با مشکلات دوره نوجوانی به ویژه مدیریت هیجانات تاثیر به‌سزایی در خودپنداره افراد دارد (سیجر^۴، ۲۰۲۱). خودپنداره به مجموعه‌ای از ارزیابی‌های شخصی فرد از خود، اشاره دارد و دربردارنده ویژگی‌ها، توانایی‌ها، دانش، ارزش‌ها، نگرش‌ها، نقش‌ها و دیگر مواردی است که فرد به وسیله آن خود را توصیف می‌کند (پینکارت و کارکت^۵، ۲۰۱۹). خودپنداره از برهمکنش تجربیات شخصی، ژنتیک و قضاوت اطرافیان (محیط) حاصل می‌گردد از این جهت خودپنداره می‌تواند مثبت یا منفی گردد (احمدیان، عزیزتراب و عزیززی، ۱۳۹۹). خودپنداره مثبت نشان‌دهنده آن است که شخص خود را به عنوان کسی که دارای نقاط قوت و ضعف است، پذیرفته است درحالی که فرد دارای خودپنداره منفی نتوانسته تصورش نسبت به خودش را ابراز کند. خودپنداره مثبت می‌تواند منجر به افزایش عملکرد، بهبود روابط اجتماعی، ارتقا حرمت نفس، انجام رفتارهای خودمراقبتی، و بهبود کیفیت زندگی نوجوان گردد (هانگ^۶، ۲۰۱۷)، درحالی که خودپنداره منفی به‌خصوص در سنین نوجوانی می‌تواند دامنه مشکلاتی همچون اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، افت تحصیلی، رفتارهای بزهکارانه و غیره را فراهم سازد (سالوری، اوسان و ترول^۷، ۲۰۱۹). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد عوامل شخصیتی و هیجانی همچون روان‌رنجوری، گشودگی تجربه، موافق بودن و باوجدان بودن، خودکنترلی، و خودتنظیمی (وافن، کاربن، دلیسی و هوزه^۸، ۲۰۲۰)، در شکل‌گیری خودپنداره نقش دارند. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که خودپنداره منفی با بدتنظیمی هیجانی به طور مثبت می‌تواند مشکلات سلامت روان را پیش‌بینی کنند و این درحالی است که خودپنداره مثبت و تنظیم هیجانی به طور منفی می‌تواند مسائل سلامت روان را پیش

1 Rapee, Oar, Forbes, Fardouly, & Magson

2 Deutz, Geeraerts, Belsky, Dekovic, and et al

3 Griffin, McMahon

4 Sagar

5 Pinquart, & Gerke

6 Huang

7 Salavera, Usan, Teruel

8 Vaughn, Carbone, DeLisi, & Holzer

بینی کنند(صبری، جابین و اقبال^۱، ۲۰۲۱). در واقع ارتباط خودپنداره با هیجان‌های منفی معکوس می‌باشد(زانگ، میاو و وانگ^۲، ۲۰۲۲).

در این میان متخصصان شیوه‌های درمانی متعدد و ارزشمندی را برای نوجوانان به کار برده‌اند (مهدی زاده ازدین، موسوی، و جلالی، ۱۳۹۷) اما به سبب عوامل متعددی (سن کم و غیره) با کاستی‌هایی مواجه بوده‌اند(آپشه و دمو^۳، ۲۰۱۸ ترجمه ربانی، ۱۳۹۷). به نظر در این برهه مداخلاتی کاربردی است که علاوه بر کمک در کاهش مشکلات نوجوانان بتواند مهارت‌های موثری را نیز برای حرکت در مسیر سلامتی به آنان ارائه نماید؛ در این راستا یکی از رویکردهای درمانی موج سوم که هیجان را به طور اخص مورد تاکید قرار می‌دهد، درمان تنظیم هیجان^۴ است که توسط منین، همبرگ، تورک و فرسکو^۵ (۲۰۰۲) بر مبنای مدل شناختی بورکووک (۱۹۸۵) به وجود آمد و بردرک جامع ماهیت تجربه‌هیجانی و تنظیم هیجان در درمان جو تاکید دارد(نیومن و لیرا^۶، ۲۰۱۱). این رویکرد درمانی توانسته درمان‌های شناختی-رفتاری، درمان تجربه‌ای، پذیرش و تعهد، دیالکتیک و ذهن‌آگاهی را یکپارچه نماید(منین، ۲۰۰۶). تنظیم هیجان در این درمان در چهار دسته اصلی از فرایندهای نظم پریشی شامل: شدت هیجانی بالا، درک هیجانی ضعیف، واکنش منفی به هیجان‌ها و باورهای منفی درباره آن و مدیریت ناسازگار هیجان‌ها، قرار می‌گیرد. به همین خاطر، منین و فرسکو (۲۰۱۳) نیز چهار راهبرد^۷ موثر تنظیم هیجان (توجه نشان دادن^۸، اجازه دادن^۹، فاصله گرفتن^{۱۰} و ارزیابی مجدد^{۱۱}) را مطرح نموده‌اند که می‌تواند بهبود افراد را فراهم سازد و نارسایی در عملکرد آنان را برطرف سازد.

جلسات درمان تنظیم هیجان، ساختار مرحله‌ای دارد و شامل دو بخش کلی است که بخش اول بر ایجاد مهارت‌های لازم و بخش دوم بر کاربرد این مهارت‌ها تمرکز دارد. انتظار می‌رود پس از درمان موفقیت آمیز از طریق درمان تنظیم هیجان کاهش معناداری در واکنش‌های انجام شده برای کنترل هیجان‌ها (مثل نگرانی یا سرکوبی) رخ دهد و توانایی فرد برای پذیرش تجربه هیجانی و تعادل در هیجان‌ها بر حسب انتظارات و محدودیت‌های بافتی، افزایش یابد(منین و فرسکو، ۲۰۱۰).

از دیگر درمان‌ها که به طور انحصاری برای نوجوانان به کار برده شد می‌توان به درمان آرام سازی حالت^{۱۲} اشاره داشت. این درمان نیز از درمان‌های نسل سوم است و توسط آپشه^{۱۳} برای کار با نوجوانان بزهکار با جرائم جنسی ارائه شد(آپشه، باس، جنینگ و سیو^{۱۴}، ۲۰۰۵). گرچه عنصر اساسی درمان آرام سازی حالت از درمان شناختی-رفتاری^{۱۵} اقتباس شده اما عناصر

1 Sabri, Jabeen & Ighbal

2 Zhang, Miao, & Wang

3 Apache & Di Meo

4 Emotion regulation therapy

5 Mennin, Heimberg, Turk & Fresco

6 Newman & Lyra

7 strategy

8 Take attention

9 allowing

10 spacing

11 revaluation

12 Mode Deactivation Therapy

13 Apsche

14 Bass, Jennings, Siv

15 Cognitive behavioral therapy

۶۰..... مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر آرام سازی حالت و تنظیم هیجان بر خودپنداره منفی...

رویکردهای درمانی دیگر همچون رفتار درمانی دیالکتیک^۱، تحلیل مبتنی بر عملکرد^۲ و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^۳ نیز با آن تلفیق شده است. تمرکز درمان آرام سازی حالت بر ایجاد یک درک جدید از باورهای است که منجر به ادامه دادن رفتارهای ناسالم و اشتباه می‌شود. این درمان با مفهوم سازی برای نوجوان آغاز می‌شود و با ذهن آگاهی، پذیرش، گسلش هیجانی، گسلش شناختی، اعتبار بخشی-تصریح-جهت دهی مجدد باورهای جایگزین کاربردی، و تنفس ذهن آگاهانه ادامه می‌یابد. فرایند درمان آرام سازی حالت برای نوجوانان بیش از هرچیزی به دستیابی به تعادل و ایجاد هماهنگی در زندگی تاکید دارد (آپشه و دمو، ۲۰۱۸ ترجمه ربانی، ۱۳۹۷).

بنابراین باتوجه به اهمیت نقش هیجان‌ها بر خودپنداره نوجوانان و عدم موفقیتشان در تنظیم هیجان‌ات و متعاقب آن بروز رفتارهای پرخطر در این دوره سنی، ارائه آموزش در این باره و شناسایی افراد در معرض آسیب ضروری است. با لحاظ این موضوع که نوجوانان اغلب تمایل به شرکت در جلسات درمانی یا دریافت آموزش در این باره را ندارند، بنابراین استفاده از رویکردهای درمانی متناسب با آنان مناسب می‌نماید. از این رو درمان تنظیم هیجان و آرام سازی حالت باتوجه به یکپارچه‌سازی درمان‌های دیگر و استفاده از مبنایی خاص (مدل نظم پریشی هیجانی و توجه به کارایی شخصی) مدنظر قرار گرفت. باتوجه به این موضوع که این دو رویکرد درمانی از نظر پرداختن به مشکلات نوجوانان دارای دو نگاه (محتوایی/فرایندی) متفاوت از یکدیگر بودند بر همین اساس در قالب یک فرضیه مقایسه‌تاثیر درمان مبتنی بر آرام سازی حالت و تنظیم هیجان بر خودپنداره منفی نوجوانان هدف پژوهش قرار گرفت.

روش پژوهش

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون باگروه کنترل می‌باشد. بدین منظور از بین نوجوانان دختر ۱۴ تا ۱۹ سال که باشکایت مشکلات ارتباطی (انزوا، گوشه‌گیری، کمرویی، اضطراب و افسردگی) به مراکز مشاوره منتخب شهر اصفهان (رایین، گلستان زندگی و به‌رویان) در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند، ۳۰ نفر از طریق مصاحبه و نمرات بالاتر از ۹۰ در پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان (DERS) بدست آوردند، به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ نفره مداخله آرام سازی حالت، تنظیم هیجان و کنترل جای‌گذاری شدند. افراد قبل از شروع جلسات مداخله به پرسشنامه خودپنداره (راجرز، ۱۹۵۴) پاسخ دادند پس از آن، افراد دو گروه مداخله ۸ جلسه درمان هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت انفرادی دریافت نمودند و افراد گروه کنترل نیز در این بازه زمانی درمانی دریافت ننمودند. پس از اتمام مداخلات همه افراد مجدداً به پرسشنامه‌های فوق پاسخ دادند. از ملاک‌های ورود به پژوهش می‌توان به عدم دریافت مداخله درمانی دیگر به طور همزمان، دریافت رضایت کتبی والدین/خود فرد، و حضور حداقل 3/4 جلسات اشاره داشت. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل عدم حضور حداقل بیش از 1/4 جلسات بود. لازم به ذکر است به دلیل ریزش در تعداد افراد پس از شروع مداخله (۲ نفر در گروه تنظیم هیجان و ۳ نفر در گروه آرام سازی حالت) جایگزینی صورت گرفت، همچنین ملاحظات اخلاقی از جمله رعایت رازداری و اختیار کامل برای

1 Dialectical behavior therapy
2 Functionah analytic psychotherapy
3 Acceptance and commitment therapy

کناره‌گیری از پژوهش و استفاده ازداده‌ها در راستای اهداف پژوهشی مدنظر قرار گرفتند همچنین گروه کنترل نیز پس از پایان پژوهش تحت آموزش قرار گرفتند. داده‌های حاصل توسط نرم افزار **spss-24**، به وسیله آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا) تحلیل شد.

ابزار پژوهش

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^۱: این مقیاس توسط گرتز و روئمر^۲ (۲۰۰۴) تدوین شد و برای سنجش دشواری در تنظیم هیجان استفاده می‌شود دارای ۳۶ گویه است که ۶ زیرمقیاس؛ عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی^۳، دشواری در انجام رفتار همدمند^۴، دشواری در کنترل تکانه‌ای^۵، فقدان آگاهی هیجانی^۶، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان^۷ و عدم وضوح هیجانی^۸ را در بر می‌گیرد که بر حسب طیف لیکرت از ۵ تا ۱۰ نمره گذاری می‌شود. طیف نمرات آن بین ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجان می‌باشد همسانی درونی این پرسشنامه به میزان ۰/۸۳ بدست آمده است (گرتز و رومر، ۲۰۰۴). همچنین روایی سازه با پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی^۹ $r = 0/57$ گزارش شده است (گارنفسکی و کرایج^۹، ۲۰۰۶). در ایران نیز میزان همسانی درونی برای این پرسشنامه ۰/۸۰ گزارش شده است و روایی همگرا این پرسشنامه با تنظیم هیجان شناختی از طریق ضریب همبستگی (۰/۴۷- راهبردهای مثبت و ۰/۵۱- راهبردهای منفی) تایید شده است (بشارت، ۱۳۹۷). در این پژوهش نیز همسانی درونی به میزان ۰/۸۸ بدست آمد.

پرسشنامه خودپنداره راجرز: راجرز (۱۹۵۴) این پرسشنامه را برای سنجش میزان خویشتن‌پنداری افراد تهیه کرد که شامل ۲ فرم جداگانه (الف) و (ب) است، فرم (الف) خودپنداره واقعی و فرم (ب) خودپنداره ایده‌آل را می‌سنجد. هر فرم دارای ۲۵ گویه (صفت قطبی) است که بر حسب طیف لیکرت از ۱ تا ۷ نمره گذاری می‌شود. فرد ابتدا به فرم (الف) و سپس به فرم (ب) پاسخ می‌دهد و نمره کلی از طریق جذر مربع مجموع تفاضل یکایک صفات فرم (الف) از (ب) مشخص می‌گردد. دامنه نمرات بین صفر تا بیشتر از ۱۰ (۱۰- <) قرار می‌گیرد که نمرات ۰-۷؛ خودپنداره طبیعی، ۷-۱۰؛ خودپنداره متوسط و ۱۰ به بالا خودپنداره منفی تلقی می‌شود. میزان روایی همزمان آن با پرسشنامه خودپنداره بک از طریق ضریب همبستگی ۰/۶۷ گزارش شده و همسانی درونی آن نیز به میزان ۰/۸۲ بدست آمده است (بیرندت، ۲۰۰۸) در ایران نیز ضریب روایی سازه با پرسشنامه افسردگی بک از طریق ضریب همبستگی ۰/۴۵ بدست آمد و همسانی درونی (الفای کرونباخ) به میزان ۰/۸۳ گزارش شد (موسوی، ۱۳۷۸). در این پژوهش نیز همسانی درونی به میزان ۰/۷۸ بدست آمد. در ادامه پروتکل درمان آرام سازی حالت و تنظیم هیجان در جداول (۱) و (۲) ارائه شده است.

1 Difficult Emotion Regulation Scale

2 Gratz, & Roemer

3 nonacceptance of negative emotions

4 difficulties engaging in goal-directed behaviors

5 difficulties controlling impulsive behaviors

6 lack of emotional awareness

7 limited access to effective emotion regulation strategies

8 lack of emotional clarity

9 Garnefski, & Kraaij

۶۲..... مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر آرام سازی حالت و تنظیم هیجان بر خودپنداره منفی...

جدول ۱: محتوای جلسات درمان آرام سازی حالت (آپشه و دمئو، ۲۰۱۸؛ ترجمه ربانی، ۱۳۹۷)

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف	تغییر مورد انتظار
اول:	۱. پیش آزمون ۲. سنجش نوجوان / تیپ شناسی نوجوان/والد والد	بخش یک: تمرین تنفس ذهن آگاهانه (مشاور/نوجوان)/تیپ شناسی ۶مقوله اول/قرارداد درمانی و پیش آزمون. بخش دو: بررسی مشکلات نوجوان/توضیح چگونگی ساختار جلسات/تیپ شناسی باوالدین(۲ بعد)	-----	شکل گیری اتحاد درمانی
دوم	۱. ادامه تیپ شناسی ۲. مقیاس پرخاشگری ۳. گسلش هیجانی	تنفس ذهن آگاهانه(مشاور/مراجع)/انجام ۶مقوله دوم تیپ شناسی/انجام مقیاس پرخاشگری/آموزش تجربه گسلش هیجانی باجسمانی کردن هیجان	تنفس ذهن آگاهانه و گسلش هیجانی	آگاهی نسبت به هیجان و شناخت آن
سوم	۱. بررسی زمینه ترس ها و تروماهای اساسی ۲. پرسشنامه باورهای هسته ای ۳. تجربه ذهن- آگاهی و پذیرش	توضیح هدف سنجش ها - تاکید به محرمانه ماندن اطلاعات / پیشنهاد پذیرش و گشودگی به تجربه افکار و احساسات موقعیت آزردهنده/تکمیل مصاحبه ارزیابی ترس همراه بافرآیند ذهن آگاهی / تمرین تنفس ریلکسیشن عضلانی/ اجرا پرسشنامه باورهای هسته ای و ارزیابی آن	تنفس ذهن- آگاهانه/ تجربه پذیرش به افکار و احساسات	شناخت پذیرش و مشاهده افکار
چهارم	۱. ترسیم جدول مفهوم سازی ۲. ارزیابی اتحاد درمانی ۳. تجربه ذهن- آگاهی و گسلش	تمرین ذهن آگاهی "تصویرسازی اقیانوس" انجام مراحل ۱ تا ۳ مفهوم سازی/ایجاد ارتباط بین ترس ها و باورهای هسته ای و انجام مفهوم سازی/ بررسی آمیختگی و همجوشانی باورها و رفتارها	تمرین ذهن آگاهی	شناخت پذیرش و گسلش هیجانی/ توانایی تفکیک فکر/احساس و اثر بر رفتار
پنجم	۱. شناخت حالت و نحوه فعال شدن آن ۲. ارتقا آگاهی ۳. تجربه ذهن- آگاهی، پذیرش/اعتباربخشی	خلاصه سازی داده ها و بررسی موقعیت آزردهنده اخیر /تکمیل مراحل آخر سنجش/معرفی حالت و ابعاد آن به ادبیات نوجوان/شرح نحوه فعال شدن حالت- هادر موقعیت مشابه و نحوه عمل آن	تجربه ذهن آگاهی و پذیرش/کشف موقعیت فعال کننده حالت	شناختی موقعیت های فعال کننده حالت

توانایی شناسایی ارتباط	ارائه مفهوم سازی و چگونگی فعال شدن حالت	۱. تکمیل نقشه	ششم
بین فعال شدن حالت، احساسات و باورها	تمرین گسلش - شناختی	درمانی ۲. مفهوم سازی و معرفی درمان آرام سازی حالت	
شناسایی رفتارهای راه اندازی شده به سبب فعال شدن حالت و تمرکز بر رفتارهای جایگزین	تحکیم مفهوم سازی و بررسی موقعیت فعال کننده حالت / تصریح رفتارها در مواقع فعال شدن حالت و پیامد آن / تمرین ذهن آگاهانه / بررسی باورناکارآمد و جایگزینی باورکارآمد	۱. تحکیم مفهوم سازی ۲. اعتباربخشی و تصریح رفتار ناکارآمد ۳. جهت دهی مجدد	هفتم
به کارگیری مهارت پذیرش، گسلش برای بودن در لحظه بخصوص زمان فعال شدن حالت	تمرینات ذهن - آگاهی در موقعیت های فعال سازحالت	نوجوان: بررسی تاثیرات جایگزینی باورها ۱. تحکیم مفاهیم و ترغیب مراجع به تعمیم مهارت ها به زندگی ۲. پس آزمون	هشتم نوجوان/ والد
		و تغییر رفتار/مرور تغییرات حاصل - و اعتباربخشی احساسات مرتبط با خاتمه درمان (اسکن بدن)/بررسی احتمال وقوع حالت/ پس آزمون. والد: بررسی مشکلات و تغییرات نوجوان در جلسات	

جدول ۲: محتوای جلسات درمان تنظیم هیجان (منین و همکاران، ۲۰۰۲؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۴؛ ۳۱۶-۳۲۲)

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف	تغییر مورد انتظار
اول نوجوان/ والد	۱. آشنایی با مشکلات نوجوان، ۲. آشنایی با دنیای هیجان ۳. انجام پیش آزمون	برقراری ارتباط بانوجوان ووالد/ بررسی شکایت اصلی و انتظارات از جلسات معرفی کلی هیجان/ارتباط دادن مشکل نوجوان باموضوع هیجان/ شرح چگونگی ساختارجلسات واهداف درمانی	بررسی خودپایی	برقراری اتحاد درمانی
دوم	معرفی شیوه های تنظیم هیجان	بررسی تجارب مراجع در تنظیم هیجان/دسته بندی شیوه های هیجان(موثر و غیرموثر)/بیان تاثیرات شیوه های غیرموثر تنظیم هیجان با استفاده از تجربه های مراجع و نام گذاری به "بدتنظیمی هیجان"	تنظیم خودپایی	شناخت شیوه های موثر و غیر موثر تنظیم هیجان

۶۴..... مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر آرام سازی حالت و تنظیم هیجان بر خودپنداره منفی...

- سوم ۱. ارتقا آگاهی به منابع هیجان بررسی تجربه مراجع از تاثیرات کوتاه مدت تمرین ذهن- یادگیری ذهن و مولفه های آن ۲. افزایش و بلندمدت شیوه های تنظیم هیجان آگاهی (حواس) / آگاهی و شناسایی آگاهی و توجه در اینجا خویش/معرفی فرآیندهای دخیل نوشتن موقعیت فراخوان های واکنون به هیجان در بدتنظیمی هیجانی/معرفی ذهن به عنوان خلق هیجان بدتنظیمی هیجان منبع خلق هیجانات، احساسات و افکار/تمرین ذهن آگاهی حواس پنجگانه / شرح ذهن آگاهی
- چهارم معرفی راهبردهای سالم تمرین تنفس دیافراگمی / شرح شیوه های تمرین گسلش- یادگیری شیوه های تنظیم هیجان: گسلش موثر تنظیم هیجان/معرفی مهارت گسلش/ هیجانی /تمرین موثر تنظیم بیان ارتباط ذهن آگاهی با گسلش و تمرین ذهن آگاهی هیجان (گسلش) آن
- پنجم معرفی راهبردهای سالم اجرای تمرین ذهن آگاهی (اسکن بدن) / تمرین و تجربه شناخت شیوه های تنظیم هیجان: پذیرش معرفی پذیرش به عنوان راهبرد موثر تنظیم پذیرش هیجان موثر تنظیم هیجان (پذیرش) هیجان (استعاره جشن تولد) / بررسی شیوه های بدتنظیمی هیجانی نوجوان و انتخاب یک مورد برای تجربه پذیرش
- ششم ۱. معرفی حوزه های مهم معرفی ارزش های زندگی (خواسته های تمرین گسلش کاربرد مهارت عمیق قلبی) / ایجاد ارتباط بین پذیرش (لیست گسلش و پذیرش و اهداف) ۲. تاکید بر توانایی استعاره (جشن تولد) ارزش ها/رتبه بندی بدتنظیمی) / بیان شناخت حیطه های انتخاب عمل حوزه های مهم زندگی؛ اهمیت و اولویت / ارزش ها مهم مهم زندگی (ارزش شناسایی اهداف به عنوان نقاط در مسیر زندگی (ها) ارزش ها/مدیریت هیجانات شدید
- هفتم ۱. شناسایی موانع رسیدن به بیان موانع بیرونی و درونی / بیان شیوه حل- تجربه گسلش و انجام گسلش و اهداف و ارزش ها ۲. افزایش مساله و تاکید بر مهارت های هیجانی- پذیرش در حین پذیرش در هنگام آگاهی مراجع به انتخابی آموخته شده / معرفی تمرین گفتگوی انجام عمل رفتار طبق ارزشها بودن اعمال خویش دو صندلی و اجرای آن / توضیح در مورد ارزشی توانایی کنترل و قدرت انتخاب پاسخ به- تمرین گفتگوی هیجانات/تاکید بر اهمیت ارزش محوری دو صندلی

هشتم ۱. تحکیم و تعمیم مفاهیم نوجوان: بررسی تغییرات هیجانی و شیوه تمرین تنفس تمرکز بر اینجا و نوجوان / فراگرفته شده و انتقال آن به تنظیم آن/تمرین تصویری روزانه آل مبتنی ذهن آگاهانه کنون و مشاهده خود والد زندگی برارزش‌ها/ توجه به احساسات مرتبط واسکن بدنی و رفتار براساس ۳. اجرای پس آزمون با اتمام درمان/پس آزمون/ والد: بررسی ارزش‌ها

تغییرات نوجوان از نظر وی

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی افراد در پژوهش حاضر نشان می‌دهد میانگین سنی (انحراف معیار) افراد شرکت کننده در گروه کنترل برابر با ۱۷/۸۰ (۱/۸۱)، در گروه تنظیم هیجان برابر با ۱۶/۲۰ (۱/۵۴) و در گروه آرام‌سازی حالت برابر با ۱۸/۲۰ (۱/۰۳) بود. میانگین تحصیلی (انحراف معیار) این افراد نیز به ترتیب برابر با ۱۲/۲۰ (۲/۲۰)، ۱۰/۴۰ (۱/۴۲)، و ۱۲ (۰/۶۶) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار افراد نوجوان در متغیر خودپنداره برحسب گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۳) آورده شده است.

همانطور که در یافته‌های جدول (۳) دیده می‌شود میانگین و انحراف معیار متغیر خودپنداره در افراد گروه مداخله تنظیم هیجان در پیش‌آزمون ۱۰/۳۶ (۲/۶۲) و در پس‌آزمون به ۸/۸۸ (۱/۸۵) تقلیل یافت، در گروه مداخله آرام‌سازی حالت نیز در پیش‌آزمون به میزان ۱۵/۵ (۱/۷۶) و در پس‌آزمون به ۱۲/۴۸ (۳/۰۹) کاهش یافته است ولی در گروه کنترل در پیش‌آزمون برابر با ۱۱/۴۷ (۲/۵۵) و در پس‌آزمون برابر با ۱۱/۱۸ (۲/۲۸) می‌باشد.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار بدتنظیمی هیجانی و خودپنداره سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	تنظیم هیجان		آرام‌سازی حالت		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بدتنظیمی هیجانی	پیش‌آزمون	۱۱۰/۸۰	۲۴/۱۴	۱۴۱/۴۰	۲۲/۲۵	۹۷/۱۰	۶/۶۲
	پس‌آزمون	۸۱/۶۰	۲۳/۱۲	۱۱۳/۲۰	۱۹/۵۵	۱۰۰/۶۰	۱۱/۹۲
خودپنداره	پیش‌آزمون	۱۰/۳۶	۲/۶۲	۱۵/۳۵	۱/۷۶	۱۱/۴۷	۲/۵۵
	پس‌آزمون	۸/۸۸	۱/۸۵	۱۲/۴۸	۳/۰۹	۱۱/۱۸	۲/۲۸

جهت انجام آزمون فرضیه پژوهش ابتدا پیش‌فرض‌های همسانی واریانس‌ها (آزمون لوین: $P > 0.05$; $F(1, 118) = 0.00$) و توزیع نرمال داده‌ها (آزمون شاپیرو-ویلک: $P > 0.05$) بررسی شد و برقراری هردو تایید شد. در ادامه نتایج بررسی آزمون فرضیه پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا) با کنترل اثر پیش‌آزمون در جدول (۴) آورده شده است. همانطور که یافته‌های جدول (۴) نشان می‌دهد افراد شرکت‌کننده با کنترل اثر پیش‌آزمون در سه گروه کنترل، تنظیم هیجان و آرام‌سازی حالت در متغیر

۶۶..... مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر آرام سازی حالت و تنظیم هیجان بر خودپنداره منفی...

خودپنداره با یکدیگر دارای تفاوت معنادار هستند ($P < 0/05$). بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر تاثیر درمان تنظیم هیجان و آرام سازی حالت بر خودپنداره منفی نوجوانان تایید شد.

جدول ۴- نتایج آزمون آنکوا برای متغیر خودپنداره بین گروه‌ها با کنترل اثرپیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار آماره	سطح معنی داری	توان آماری
پیش آزمون	۵۳/۰۰	۱	۵۳	۲۱/۳۵	۰/۰۱	۰/۹۹
گروه	۱۷/۲۸	۲	۸/۶۴	۳/۴۸	۰/۰۴	۰/۵۸

به جهت اینکه مشخص گردد که بین کدام یک از گروه‌ها تفاوت وجود دارد گروه‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی (LSD) دوبه‌دو مورد مقایسه قرار گرفتند و نتایج آن در جدول (۵) آورده شده است. همانطور که یافته‌های جدول (۵) نشان می‌دهد درمان تنظیم هیجان توانسته بر خودپنداره افراد شرکت کننده موثر واقع شود به طوری که بین گروه کنترل و گروه مداخله تنظیم هیجان تفاوت معنی دار مشاهده می‌گردد ($P < 0/05$)، در حالی که بین گروه مداخله آرام سازی حالت و گروه کنترل تفاوت معنی داری در این متغیر وجود ندارد ($P > 0/05$).

جدول ۵- نتایج مقایسه دو به دو میانگین گروه‌ها با استفاده از روش تعقیبی LSD

متغیر	گروه یک	گروه دو	اختلاف میانگین	خطای انحراف معیار	سطح معنی داری
خودپنداره	آرام سازی حالت	تنظیم هیجان	-۰/۲۳	۱/۲۸	۰/۸۵
	تنظیم هیجان	کنترل	-۲/۴۰	۰/۹۱	۰/۰۱
	کنترل	آرام سازی حالت	-۲/۶۳	۱/۵۳	۰/۱

بحث و نتیجه گیری

پیشینه پژوهشی مرتبط با نوجوان گویای آن است که عمدتاً مشکلات نوجوانان در نوسانات خلق و کاستی در مدیریت هیجان‌ها نهفته است، از این نظر بیشتر مداخلات در این دوران تاکید بر توانمندسازی آنان دارد. یافته‌های پژوهش اخیر نیز نشان داد که آموزش‌های مبتنی بر تنظیم هیجان می‌تواند خودپنداره منفی نوجوانان با بدتنظیمی هیجانی را کاهش دهد، یافته اخیر با نتایج پژوهشی همچون سیجر (۲۰۲۱)، صبری و همکاران (۲۰۲۱)، ویسی و همکاران (۱۴۰۱)، میرسمیعی و همکاران (۱۳۹۸)، و مهدی-زاده ازدین و همکاران (۱۳۹۷) همسو است.

در تبیین یافته پژوهش مبنی بر تاثیر درمان تنظیم هیجان بر خودپنداره منفی و عدم تاثیر درمان آرام سازی حالت بر این متغیر می‌توان اشاره داشت که برخورداری از مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند تاب آوری افراد را افزایش دهد (سیجر، ۲۰۲۱)، این درمان نیز با استفاده از آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان همچون تحمل پریشانی و توجه برگردانی توانست اجتناب تجربی افراد

نوجوان را کاهش دهد و موجب بهبود تاب‌آوری آنان در موقعیت‌های مشکل‌آفرین گردد. همچنین یافته‌های پژوهشی حاکی از اثر مستقیم خودپنداره منفی و بدتنظیمی هیجانی در افزایش مشکلات سلامت روان (افسردگی، اضطراب و غیره) است، این درحالی است که برخلاف آن خودپنداره مثبت و تنظیم هیجانی می‌توانند از مشکلات سلامت روان بکاهند (صبری و همکاران، ۲۰۲۱). در این راستا درمان تنظیم هیجان با آموزش مهارت‌های هیجانی (توجه نشان دادن، اجازه دادن، فاصله گرفتن و ارزیابی مجدد) واکنش‌های نوجوانان را برای کنترل هیجان‌ات (مثل نگرانی یا سرکوبی) کاهش داده و متعاقب آن توانایی آنان را برای پذیرش تجربه هیجانی و برقراری تعادل در هیجان‌ات (متناسب با انتظارات و محدودیت‌های بافتی) بهبود بخشیده است (مینن و فرسکو، ۲۰۱۰)، از این لحاظ یافته‌های پژوهش اخیر قابل درک است.

علاوه بر این، بازداری‌های هیجانی و اجتناب تجربی افراد در درمان تنظیم هیجان در مواجهه با موقعیت‌های آزاردهنده کاهش می‌یابد؛ از این نظر فرد می‌تواند در موقعیت‌های جدید مشابه با موقعیت‌های قبلی دست به انجام رفتار جدید بزند که می‌تواند بهبود خود ابرازگری و افزایش کارایی را به دنبال داشته باشد که در این پژوهش به صورت کاهش خودپنداره منفی مشاهده می‌گردد.

در تبیین عدم تاثیرگذاری درمان آرام‌سازی حالت بر کاهش خودپنداره منفی نوجوانان می‌توان اشاره داشت که این درمان افراد را به صورت یک کلیت در نظر می‌گیرد و بیشتر بر تجارب زیسته آنان متمرکز می‌گردد. از آنجایی که افراد در ادراک تجارب زندگی با یکدیگر متفاوتند و تجارب یکسان برای افراد دارای معانی متفاوتی است، محتمل است که افراد پس از دریافت درمان، معنای متفاوتی برای تغییرات ایجاد شده داشته باشند. با توجه به اینکه درمان به صورت فردی اجرا شده و روند درمان مبتنی بر فرد و تجارب زیسته وی بوده است، بنابراین پراکندگی در نتایج درمانی از نظر آماری قابل پیش بینی است. از این رو عدم تاثیر این درمان نسبت به درمان تنظیم هیجان که رویکرد آموزشی دارد، قابل درک است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به دسترسی کمتر به افراد نوجوان به دلیل انجام پژوهش در دوره شیوع کووید ۱۹ اشاره داشت. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این نکته اشاره داشت که تمامی افراد پژوهش از نمونه‌های بالینی بودند و پس از دریافت ۸ جلسه مداخله نمرات خودپنداره آنان تغییر کمی (بیش از ۲ نمره کاهش) داشت. با توجه به اینکه ایجاد تغییر در خودپنداره افراد کاری زمان‌بر و دشوار است بنابراین نتیجه اخیر گرچه گویای ایجاد تغییر است و از لحاظ آماری معنادار است اما به جهت دستیابی به یک خودپنداره طبیعی لازم است تا روند جلسات توسط افراد ادامه یابد که این موضوع محقق نگردید. پیشنهاد می‌شود برای آموزش افراد نوجوان در مدارس و نهادهای مرتبط با این گروه سنی، جهت تعدیل و تنظیم هیجان و بهبود عزت نفس آنها از درمان تنظیم هیجان استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و والدینشان، همچنین مسئولین مراکز مشاوره جهت همراهی برای برگزاری جلسات قدردانی می‌شود.

منابع

- آپشه، جک. ا. و. دی مئو، لوسیا. آر. (۲۰۱۸). خودآموز گام به گام درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت. ترجمه مجتبی ربانی، ۱۳۹۷. تهران: انتشارات جنگل.
- احمدیان، زهرا، عزیزی تراب، زهرا، و عزیزی، معصومه. (۱۳۹۹). پیش بینی خودگردانی تحصیلی دانش آموزان براساس خودپنداره(مثبت و منفی) و سبک زندگی خانواده. فصلنامه روانشناسی تحلیلی-شناختی. ۱۱(۴۲): ۵۶-۴۱.
- بشارت، محمد علی. (۱۳۹۷). مقیاس دشواری تنظیم هیجان. اندیشه و رفتار. ۱۲(۴۷): ۸۹-۹۳.
- محمدی، ابوالفضل، زرگر، فاطمه، امیدی، عبدالله، محرابی، علی، اکبری، مهدی، بقولی، حسین، تویسرکانی راوری، مهدیه، و همکاران. (۱۳۹۴). نسل سوم درمان‌های شناختی-رفتاری، تهران: انتشارات ارجمند.
- مهدی زاده ازدین، سمیه، و موسوی، سید علی محمد، جلالی، محمدرضا، و کاکاوند، علیرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمانگری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی اجتماعی و افسردگی. روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۱۴(۵۵): ۳۰۵-۳۱۴.
- میرسمعی، مرضیه، آتش پور، حمید، آقایی، اصغر. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش نظم جویی هیجان پیشرفت بر هیجان‌های منفی و بهزیستی روانشناختی در دانش آموزان دختر دوره اول متوسطه شهر تهران. فصلنامه علوم روانشناختی. ۱۸(۷۷): ۵۳۹-۵۴۶.
- ویسی، نصرالله، ارجمند نیا، علی اکبر، و کیلی، سمیرا، غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۴۰۱). تأثیر آموزش خودنظم جویی هیجانی بر شایستگی اجتماعی، عملکرد تحصیلی و مشکلات رفتاری دانش آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری با همبودی نارسایی توجه / بیش فعالی. فصلنامه علوم روانشناختی. ۲۱(۱۱۶): ۱۶۱۳-۱۶۳۰.
- Ahmadyan, Z., Azizitorab, Z., & Azizi, M. (2020). Predicting students' academic self-management based on self-concept (positive and negative) and family lifestyle. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*, 11(42), 41-56. (Text in Persian).
- Apache, J, Di Meo, LR. (2018). Tutorial for step-by-step relaxation therapy. Rabbani, Mojtaba. Tehran: Jangal Publications. (Text in Persian).
- Apsche, J. A., Bass, C. K., Jennings, J. L., Murphy, C. J., Hunter, L. A., & Siv, A. M. (2005). Empirical comparison of three treatments for adolescent males with physical and sexual aggression: Mode deactivation therapy, cognitive behavior therapy and social skills training. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 101. <https://doi.org/10.1037/h0100738>
- Besharat, M. A. (2018). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 12(47): 89-93. (Text in Persian).
- Ghorbani, f., Khosravani, V., Sharifi Bastan, F., & Jamaati, R. (2017). The alexithymia, emotion regulation, emotion regulation difficulties, positive and negative affects, and suicidal risk in alcohol-dependent outpatients. *Psychiatry Research*, 252, 223-230. DOI: [10.1016/j.psychres.2017.03.005](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.005)
- Gratz, K.L. & Roemer, E. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Garnefski N Kraaij V (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire- development of a short 18-item version(CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41, 1045-1053. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
- Griffin, E., McMahon, E. (2020). Adolescent mental health: Global data informing opportunities for prevention. *Clinical Medicine*, 24, 100413. DOI: [10.1016/j.eclinm.2020.100413](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100413)
- Huang C. (2017). Self-concept and academic achievement: A meta- analysis of longitudinal relations, *Journal of School Psychology*, 49(5), 505-528.
- Mennin, D. S. (2006). Emotion regulation therapy: An integrative approach to treatment-resistant anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 95-105. DOI: [10.1007/s10879-006-9012-2](https://doi.org/10.1007/s10879-006-9012-2)
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2009). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. In A. M. Kring & D. M. Sloan, *Emotion regulation*

- and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment (pp. 256–379). New York, NY: Guilford Press.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2013b). Emotion regulation therapy. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 469-490). New York, NY: Guilford.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 85-90. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.85>
- Mirsamiee, M., Atashpour, H., Aghaei, A. (2019). The effectiveness of achievement emotion regulation training on negative emotions and psychological well - being of female middle school students in Tehran. *Psychological Science Journal*. 18(77): 539-546. (Text in Persian).
- Mohammadi, A., Zargar, F., Omidi, A., Mehrabi, A., Akbari, M., Baquli, H., Tuyserkani Ravari, M., Amiri, M., Mirzaei, M., Nonhal, S., and Taherifard, Z. (2015). *Third generation therapies Cognitive_behavioral*, Tehran: Arjmand Publications. (Text in Persian).
- Newman, M.G. & Llera, S.J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*. 371–382. Doi: [10.3390/ijerph17145195](https://doi.org/10.3390/ijerph17145195)
- Pinquart, M., & Gerke, D. C. (2019). Associations of parenting styles with self-esteem in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 28(8), 2017–2035
- Rapee, R.M., Oar E.L., Forbes, M.K., Fardouly, J., Magson, N.R., Rishardson CE. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 0005-7967(19)30187-1.
- Sagar, M.E. (2021). Emotion regulation skills and self-control as predictors of resilience in teachers candidates. *International Education Studies*, 14(6), 103-111.
- Sabri, T., Jabeen, A., & Ighbal, MN., (2021). Self-concept, emotional regulation and mental health problems in medical and dental undergrads. *Jahan Tahgeeg*, 4(3), 680-688.
- Salavera, C., Usan, P., Teruel, P. (2019). The relationship of internalizing problems with emotional intelligence and social skills in secondary education students: Gender differences. *Psicologia: Reflexao e critica*. 32(4), 2-9.
- Vaughn, M. G., Carbone, J., DeLisi, M., & Holzer, K. J. (2020). Homicidal ideation among children and adolescents: Evidence from the 2012-2016 nationwide emergency department sample. *The Journal of Pediatrics*, 219, 216–222. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.12.045>
- Veisiy, N., Arjmandnia, A. A., Vakili. S., Gholamali Lavasani, M. (2022). The effect of training emotional self-regulation strategies on social competence, academic performance and behavioral problems of students with learning disabilities with comorbidity of attention deficit / hyperactivity disorder. *Psychological Science Journal*. 21(116):1613-1630. (Text in Persian).
- Ybrandt, H. (2008). The Relation between Self-Concept and Social Functioning in Adolescence. *Journal of Adolescence*, 31, 1-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.03.004>
- Zhang, Q., Miao, L., He, L., Wang, H. (2022). The relationship between self-concept and negative emotion: a moderated mediation model. *International Journal Environmental Research. Public Health*, 19, 10377. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610377>



اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی مبتلایان به کووید-۱۹ تحت درمان خانگی

مرضیه رحمن نژاد سرابی^۱، اصغر جعفری^{۲*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی در مبتلایان به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی بود. جامعه آماری افراد مبتلا به کووید- ۱۹ تحت درمان خانگی در ۶ ماه اول سال ۱۴۰۰ در تهران بودند. به روش نمونه‌گیری گلوله برفی، ۳۰ نفر واجد شرایط وارد مطالعه شدند و در گروه‌های ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش مقیاس شکایت روان‌تنی ناکاتا و ساکاتا و ناگویی هیجانی تورنتو بودند که در سه مرحله روی هر دو گروه و برنامه درمان هیجان‌مدار گلدمن و گرینبرگ در ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار می‌تواند شکایات روان تنی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف هیجان‌ها و تفکر عینی را کاهش دهد و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار ماند. بنابراین درمان هیجان‌مدار می‌تواند شکایات روان- تنی و ابعاد ناگویی هیجانی مبتلایان به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی را کاهش دهد. پیشنهاد می‌شود برای کاهش شکایات روان- تنی و ابعاد ناگویی هیجانی مبتلایان به کووید ۱۹ از درمان هیجان‌مدار استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان‌مدار، شکایات روان- تنی، کووید-۱۹، ناگویی هیجانی

^۱کارشناسی ارشد مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲نویسنده مسئول: استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران ✉

مقدمه

در چند دهه اخیر، اختلالات روان- تنی شایع شد که عوامل هیجانی و روانی در آن نقش اساسی دارند (کوکسل، کوتلز، گلامبوس و کوکنی^۱، ۲۰۲۲). در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ مفاهیم طب روان- تنی در طبقه "اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط" منظور شده‌اند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۹). تشخیص اختلال روان- تنی، زمانی است که یک مشکل جسمانی وجود دارد و عوامل روان‌شناختی در شروع یا شدت آن نقش دارند. بیماری ناشی از ویروس کرونا^۳ هم معمولاً با علائم جسمانی مانند از دست دادن اشتها، سرگیجه، بی‌خوابی، مشکلات گوارشی و حالت تهوع همراه بود (برانیمیر، پرایکا، استوجانوویک و ایوانک^۴، ۲۰۲۱). در دوره همه‌گیری ویروس کرونا به دلیل کاهش اشتراک احساسات با دیگران و به دلیل انزوای اجتماعی، استرس و هیجان‌های منفی بیشتر شده و افراد بیشتر دچار ناگویی هیجانی شدند که این موضوع سلامت روانی آنان را تهدید می‌کرد (تانگ، هو، یانگ و ایکسیو^۵، ۲۰۲۰). نتایج مطالعه کوکسل و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که ناگویی هیجانی با شکایات جسمانی و رفتارهای بیمارگونه رابطه دارد. همچنین ناگویی هیجانی با آسیب‌پذیری روانی و بدنی رابطه مثبت دارد (پلنس، مورلی، استیرلین، اولیس^۶ و همکاران، ۲۰۱۹) و بیماران با نشانه‌های جسمانی‌سازی در مهارت‌های تنظیم هیجان نقص دارند (اسکوارز، ریف، رادکوسکی، برکینگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۷).

راهبردهای منفی تنظیم هیجان مانع ابراز هیجان سالم است. عاطفه منفی موجب تشدید نشخوار فکری و به نشانه‌های اختلال جسمانی‌سازی منجر می‌شود (رزاق‌پور و حسین‌زاده، ۱۳۹۸). نتایج پژوهش اعزازی بجنوردی، قدم‌پور، مرادی‌شکیب و غضبان‌زاده (۱۳۹۹) نشان داد پاسخ‌های هیجانی نامناسب مانند احساس غمگینی، استرس و راهبردهای نارسایی تنظیم هیجان در مواجهه با کرونا موجب پریشانی عاطفی می‌شوند. ناگویی هیجانی با واکنش‌های روانی افراد مبتلا به کرونا رابطه دارد (هوری و کیم^۸، ۲۰۱۹). این افراد نمی‌توانند هیجان‌های مرتبط با شرایط آسیب‌زا را تجربه کنند (دینسر، آياز و اوگوز^۹، ۲۰۲۱). بنابراین افراد با ناگویی هیجانی بالا معمولاً اضطراب دارند و واکنش روانی آنها به کرونا با شکایات‌های بدنی همراه است. با توجه به نقش هیجان‌ها در تشدید اختلالات روان- تنی، به نظر می‌رسد که درمان هیجان‌مدار می‌تواند در درمان این اختلالات موثر باشد. درمان هیجان‌مدار^{۱۰} تلفیق نظریه‌های تجربه‌گرایی و دلبستگی است که توسط جانسون و گرینبرگ^{۱۱} (۱۹۸۵) مطرح شد. با توجه به نقش اساسی هیجان‌ها در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش هیجان‌ها در سلامت جسمانی و روانی اشاره دارد (جانسون، ۲۰۰۴). در درمان هیجان‌مدار، هیجان‌های سازگار و ناسازگار اولیه

1 Kocsel, NKoteles, Galambos, Kokonyei

2 Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM)

3 COVID

4 Branimir, Peraica, Stojanović, Ivanec

5 Tang, Hu, Yang, Xu

6 Plans, Morelli, Sütterlin, Ollis

7 Schwarz, Rief, Radkovsky, Berking

8 Hori, Kim

9 Dincer, Ayaz, & Oguz

10 Emotion focused therapy (EFT)

11 Johnson, Greenberg

و هیجان‌های واکنشی ثانویه بررسی می‌شوند (اسانو^۱، ۲۰۱۹). درمان هیجان‌مدار سه راهبرد دارد: اصلاح معنای عاطفی غیرانطباقی در ارتباط با تجربه‌های ترس، اضطراب و شرم، دسترسی به هیجان‌های انطباقی مهار شده و فراهم کردن یک تجربه اصلاحی. هدف مهم این رویکرد، کمک به افراد است که احساسات و نیازهایشان را روشن‌سازی کنند و پذیرش عاطفی بیشتری داشته باشند. تجربه هیجان‌ها در سازگاری شناختی و اجتماعی با بیماری، در سازمان‌دهی تجربه فرد از واقعیت، احساس به خود و دیگران نقش اساسی دارند (کوچلین، کواکلی، اشچلر، ورنر^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

ویلیامز، هاردت، هنسچل و ادینگر^۳ (۲۰۱۹) و نانس^۴ (۲۰۲۱) اعتقاد دارند برای آگاهی و غلبه بر انسداد هیجان‌ها و بررسی منشاء آن و عوامل تداوم‌بخش، اولین گام پردازش هیجان‌ها است. بیان یا نوشتن هیجان‌های مسدود شده، عملکرد دستگاه عصبی، دستگاه ایمنی و سلامت جسمانی را بهبود می‌بخشد (گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۵). از نظر گرینبرگ (۲۰۱۰) روایت تجربه آسیب‌زا، موجب فاصله گرفتن از این تجربیات می‌شود و مراجع می‌آموزد که عواطف را تجربه کند و آگاه می‌شود که واکنش‌های هیجانی نامناسب می‌توانند به اختلالات روان-تنی منجر شوند. تفکیک و یکپارچه‌سازی حالات هیجانی یکی از مهم‌ترین گام‌های درمان است (واندرهارت و ریدبرگ^۵، ۲۰۱۹). نظم‌بخشی هیجانی باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه می‌شود (عطادخت، قریب بلوک، میکاییلی و صمدی فرد، ۱۳۹۸).

با توجه به شیوع بالای کووید-۱۹ در جهان و نقش هیجان‌ها در تشدید آن (جی^۶ و همکاران، ۲۰۲۰) و تهدید سلامت روانی و جسمانی (دروری، کارتر، کوکینگ، نتونتیس^۷ و همکاران، ۲۰۱۹)، در پژوهش حاضر اثربخشی درمان هیجان‌مدار در ناگویی هیجانی و شکایات روان-تنی مطالعه شد و این فرضیه‌ها بررسی شدند:

-درمان هیجان‌مدار، ناگویی هیجانی و اختلالات روان-تنی مبتلایان به کووید-۱۹ تحت درمان خانگی را کاهش می‌دهد.

-اثربخشی درمان هیجان‌مدار در کاهش ناگویی هیجانی و اختلالات روان-تنی در مرحله پیگیری یک ماهه پایدار است.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و یک دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری افراد مبتلا به کووید-۱۹ تحت درمان خانگی در ۶ ماه اول سال ۱۴۰۰ در تهران بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی، ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. چون نمره اختلال روان-تنی، شکایت افراد را حداقل در یکی از اختلالات روان-تنی نشان می‌دهد (امیری، قاسمی‌قشلاق و عباس‌زاده، ۱۳۹۷)، در این پژوهش به عنوان ملاک انتخاب در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ تشخیص کووید-۱۹ در ۶ ماه اول سال ۱۴۰۰، تحت درمان خانگی، کسب نمره ۶۵ به بالا در پرسشنامه شکایت روان‌تنی، تمایل به انجام تمرین‌ها و عدم دریافت

1 Asano

2 Koechlin,, Coakley, Schechter, Werner

3 Williams, Hardt, Henschel, Eddinger

4 Nunes

5 Van der hart, Rydberg

6 Ge

7 Drury, Carter, Cocking, Ntontis

۷۴..... اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی مبتلایان...

روان‌درمانی قبل از شرکت در پژوهش و معیارهای خروج نیز شامل تشخیص بیماری جسمانی بوسیله پزشک و دو جلسه غیبت متوالی بود.

ابزار پژوهش

مقیاس شکایت روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا^۱: این مقیاس ۳۰ گویه دارد. پاسخ‌دهی بر اساس گزینه‌های هرگز (نمره ۰) تا به طور مکرر (نمره ۳) انجام می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۹۰ است و نمره بالا نشان‌دهنده شدت اختلال روان- تنی است. آلفای کرونباخ در سه بار تکرار بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۳ به دست آمد. برای روایی سازه ساختار تک عاملی در سه بار تکرار ۳۱/۱ تا ۳۴/۱ درصد واریانس را تبیین کرد (ناکاتا، ساکاتا، ۲۰۰۴). در ایران حاجلو (۱۳۹۱) روایی همزمان (۰/۶۸) و روایی سازه و پایایی آن را به روش بازآزمایی ۰/۸۳ و روش همسانی درونی ۰/۸۵ بدست آورد. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۲: این مقیاس ۲۰ گویه‌ای توسط بگبی، تایلر و پارکر^۳ (۱۹۹۴) تدوین شد. سه خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات و هیجان‌ها^۴، دشواری در توصیف احساسات و هیجان‌ها^۵ و مشکل در نشان دادن تفکر عینی^۶ دارد. پاسخ‌دهی بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) است. نمره ۶۰ به بالا نشان‌دهنده ناگویی هیجانی بالا و نمرات ۵۲ به پایین ناگویی هیجانی پایین است. آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ بدست آمد (قربانی، دیویسون، بینگ، واتسون و ماک^۷، ۲۰۰۲). در پژوهش بشارت (۱۳۸۶) پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ و در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و ۰/۸۷ برای کل و خرده مقیاس‌ها بدست آمد.

برنامه درمان هیجان‌مدار: بر اساس مراحل و فنون درمان هیجان‌مدار در نظریه گلدمن و گرینبرگ^۸ (۲۰۱۵) یک برنامه درمانی اولیه برای درمان اختلالات روان- تنی تدوین شد. برای بدست آوردن روایی محتوایی، این برنامه برای ۵ روان‌شناس و مشاور فعال در حوزه اختلالات روان- تنی فرستاده شد. نظرات و پیشنهادهای آنان در چندین مرحله گرفته شد و در این برنامه اعمال شد.

-
- 1 Takata & Sakata
 - 2 Toronto Alexithymia Scale
 - 3 Bagby, Taylor, Parker
 - 4 difficulties identifying feelings and emotions
 - 5 problems distinguishing between emotions and bodily sensations
 - 6 externally oriented thinking
 - 7 Ghorbani, Davison, Bing, Watson, Mack
 - 8 Goldman, Greenberg

روش اجرای پژوهش

یک جلسه با تمام شرکت‌کنندگان در محیط اسکای روم برگزار شد و درباره ماهیت پژوهش، رازداری، محرمانه بودن نتایج و زمان حضور و تعداد جلسات توضیح داده شد. مداخلات در گروه آزمایش به صورت گروهی اجرا شد. شرکت‌کنندگان قبل و پایان مداخلات و یک ماه بعد در مرحله پیگیری پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. تا پایان دوره هیچ افت شرکت‌کننده وجود نداشت. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام پژوهش، برنامه درمانی به طور فشرده در ۳ جلسه برای گروه کنترل اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل اندازه‌گیری مکرر و تعقیبی بنفرونی و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شد. در جدول ۱، هدف، محتوا، تغییر رفتار مورد انتظار و تکلیف هر جلسه بیان شده است. در هر جلسه تکلیف جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار (اقتباس از گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۵)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف
اول	آشنایی و معرفی برنامه درمانی	ایجاد رابطه حسنه و تعهد برای ادامه جلسات، اجرای پیش‌آزمون، توصیف اختلال روان-تنی و رابطه آن با هیجان، اهداف درمان، پرداختن به نشانه‌های رفتاری، جسمانی و هیجانی اختلال روان-تنی	افزایش اعتماد و امنیت نسبت به جلسه، همکاری و مشارکت بیشتر در جلسات	از شرکت‌کنندگان خواسته شد: خاطرات و تجربه‌های هیجانی گذشته خود را واریسی و موارد مهم را یادداشت کنند.
دوم	تحلیل و تغییر هیجان‌ات	تاگشایی مشکل مراجع و مشاهده سبک پردازش هیجانی از طریق گوش‌دادن به مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته مراجع، پذیرش احساسات	صحبت درباره مشکل، انجام پردازش هیجانی مجدد، پذیرش و تجربه بیشتر احساسات خود	تمرین سبک پردازش هیجانی و تلاش برای پذیرش احساسات خود
سوم	تحلیل و تغییر هیجان‌ات	تاگشایی هیجان‌های اصلی از طریق بازنمایی تجربه‌ای تروماهای مراجع و نیازهای دلبستگی	پردازش هیجانی مجدد، پذیرش و تجربه عمیق‌تر احساسات خود	تمرین تجربه هیجان‌ها و پذیرش احساسات خود
چهارم	درگیری هیجانی عمیق	ابراز هیجان، شناسایی نیازهای دلبستگی، کشف یک پردازش و پذیرش هیجان از طریق شناسایی، آگاهی، پذیرش، تنظیم هیجان و عمق بخشیدن به تجربه هیجانی	بررسی نیازهای خود، عمق بخشیدن به تجربه هیجان‌ها در عمل	تمرین برای ابراز هیجان‌ات و تلاش برای تنظیم هیجانی

پنجم	درگیری هیجانی عمیق	شناسایی هیجان‌های اولیه، ثانویه و یا ابزاری از طریق کار بر روی نشانه‌های خرد و وظیفه‌ای و استفاده از فنون کار با صندلی	تجربه رفتاری هیجان‌های اولیه و ثانویه خود و بروز هیجان‌ها	تمرین فن کار با صندلی برای
ششم	درگیری هیجانی عمیق	کار روی وقفه‌ها و یا انسدادهای دسترسی به هیجان‌های اولیه و ثانویه و تجربه آنها	کنار گذاشتن انسدادهای هیجانی، جربه هیجان‌ها	تمرین برای از بین بردن وقفه‌های هیجان
هفتم	تحکیم و یکپارچه سازی	ناسازگار، بازسازی تعاملات، تغییر رویدادها و نمادگذاری آرزوهای سرکوب شده	تنظیم هیجان‌ها سازگار و انجام تعاملات و کار روی آرزوهای خود	تمرین تنظیم هیجان و تنظیم هیجان‌ها در عمل و بازسازی مشکل
هشتم	تحکیم و یکپارچه سازی	آماده‌سازی برای بازنمایی ابژه‌ای و رسیدن به بینش تجربه‌ای، ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های احتمالی	پیدا کردن روابط ابژه‌ای مرتبط با زندگی خود	تمرین رفتار و تجربه احساسات بر اساس بینش تجربه‌ای
نهم	تحکیم و یکپارچه سازی	کار با تصاویر باقیمانده از طریق استفاده از کار با بدن، موسیقی، حرکت و غیره، تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده	نقاشی تصویر خود جدید تهیه فیلم‌های کوتاه درباره آن و توصیف نقش آن در زندگی	تمرین رفتار پذیرش احساسات بر اساس خود جدید
دهم	تحکیم و یکپارچه‌سازی، پس آزمون	خلق راه‌حل‌های جدید، بیان حکایت جدید از مشکلات و تلاش برای بازسازی و از نو قاب سازی آن، این که چگونه راه برگشت را پیدا کردند. اجرای پس‌آزمون	ایفای نقش برای مقابله با مشکلات زندگی و پیدا کردن راه حل‌های جدید	تمرین روش‌های آموخته شده و تلاش برای بکارگیری آنها در زندگی

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۴۴/۸ و ۳/۱ و در گروه کنترل ۴۳/۹۱ و ۳/۹ بود. در جدول ۲، نمره‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تقریباً مشابه است ولی در پس‌آزمون و پیگیری متفاوت هستند. نتایج آزمون شاپیرو و ویلک حاکی از برقراری مفروضه توزیع طبیعی نمره‌ها، آزمون لون حاکی از برقراری همگنی واریانس گروه‌ها و آزمون‌های ام. باکس و کرویت موخلی حاکی از برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس و مفروضه برابری واریانس‌ها است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار داده‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری (۱۵ نفر در هر گروه)

گروه‌ها	مراحل	شکایت روان-تنی		دشواری در شناسایی احساسات		دشواری در توصیف احساسات		تفکر عینی
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۰/۷۲	۷۴/۴۲	۶/۲۳	۲۸/۱۵	۵/۹۸	۲۶/۲۴	۶/۲۱
	پس‌آزمون	۵/۳۲	۳۹/۵۱	۴/۱۸	۱۸/۰۴	۴/۱۴	۱۷/۲۵	۴/۱۱
	پیگیری	۵/۱۱	۳۸/۴۸	۴/۱۰	۱۸/۰۲	۳/۹۴	۱۷/۱۳	۴/۰۳
گواه	پیش‌آزمون	۶/۹۴	۷۵/۲۳	۶/۲۸	۲۸/۴۷	۷/۸۳	۲۶/۳۲	۶/۲۲
	پس‌آزمون	۶/۷۲	۷۵/۴۶	۶/۴۹	۲۸/۳۹	۷/۷۹	۲۶/۰۹	۶/۰۵
	پیگیری	۶/۸۸	۷۵/۳۹	۶/۴۳	۲۸/۴۳	۷/۹۸	۲۶/۲۱	۶/۱۳

در جدول ۳ در متغیر شکایات روان-تنی، اندازه اثر گروه نشان داد که ۵۳ درصد ناشی از تغییرات بین گروهی، ۴۱ درصد ناشی از اثر زمان و ۶ درصد ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود. در متغیر دشواری در شناسایی احساسات، اندازه اثر گروه نشان داد که ۴۹ درصد ناشی از تغییرات گروهی، ۳۷ درصد ناشی از اثر زمان و ۱۴ درصد ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود. در متغیر دشواری در توصیف احساسات، اندازه اثر گروه نشان داد که ۴۵ درصد ناشی از تغییرات بین گروهی، ۳۴ درصد ناشی از اثر زمان و ۱۹ درصد ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود. در تفکر عینی، اندازه اثر گروه نشان داد ۴۲ درصد ناشی از تغییرات بین گروهی، ۳۲ درصد ناشی از اثر زمان و ۲۶ درصد ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا	دشواری در شناسایی
شکایات روان-تنی	درون گروهی (زمان)	۵۷۳/۲۰	۲ و ۲۷	۲۸۶/۶۰	۶۴/۲۱**	<۰/۰۰۱	۰/۴۱	دشواری در شناسایی
	بین گروهی (گروه)	۷۴۲/۱۶	۱ و ۲۸	۷۴۲/۱۶	۱۵۸/۳۱**	<۰/۰۰۱	۰/۵۳	
	اثر متقابل (زمان*گروه)	۳۴۲/۷۳	۲ و ۲۷	۱۷۱/۳۶	۹۸/۰۲**	<۰/۰۰۱	۰/۴۶	
دشواری در شناسایی	درون گروهی (زمان)	۳۴۹/۳۴	۲ و ۲۷	۸۷/۳۳	۵۶/۳۱**	<۰/۰۰۱	۰/۳۷	دشواری در شناسایی
	بین گروهی (گروه)	۳۹۸/۱۴	۱ و ۲۸	۳۹۸/۱۴	۱۴۱/۰۱**	<۰/۰۰۱	۰/۴۹	
	اثر متقابل (زمان*گروه)	۳۶۸/۱۷	۲ و ۲۷	۱۸۴/۰۸	۷۹/۱۶**	<۰/۰۰۱	۰/۴۵	
دشواری در توصیف	درون گروهی (زمان)	۳۵۸/۰۶	۲ و ۲۷	۱۷۹/۰۳	۴۶/۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۴	دشواری در توصیف
	بین گروهی (گروه)	۴۰۱/۱۱	۱ و ۲۸	۴۰۱/۱۱	۱۱۸/۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۵	
	اثر متقابل (زمان*گروه)	۳۱۹/۰۳	۲ و ۲۷	۱۵۹/۵۱	۶۷/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۹	

۷۸..... اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی مبتلایان...

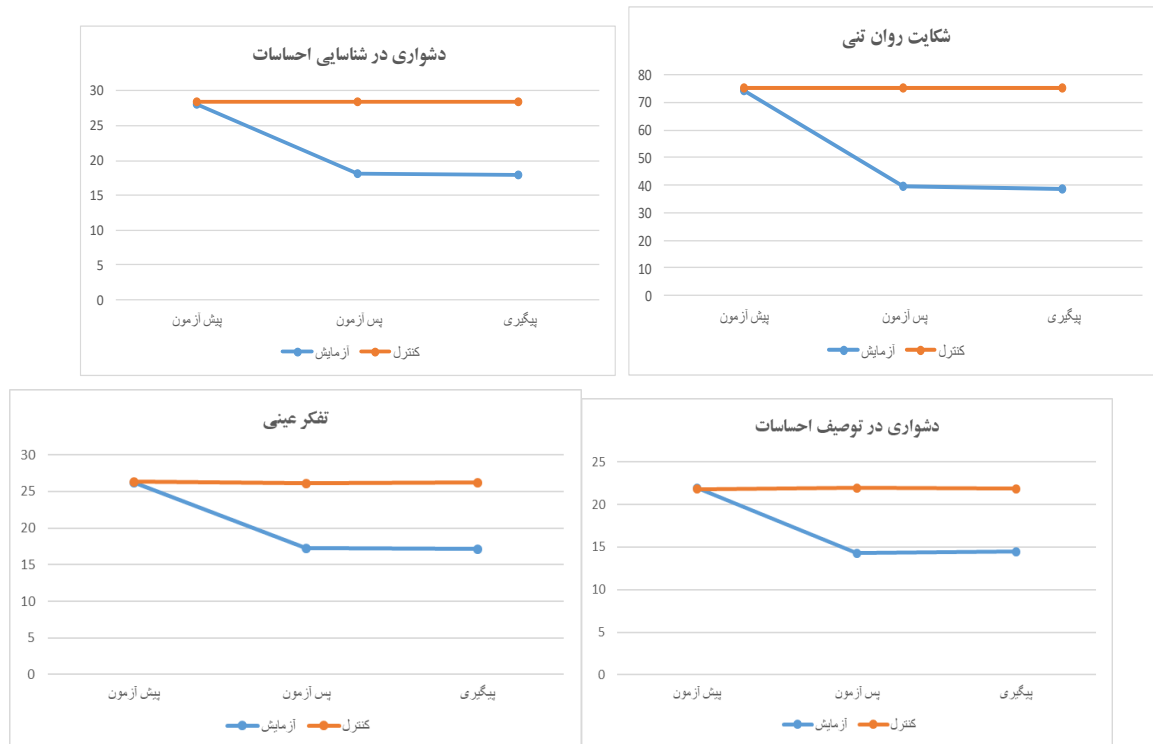
۰/۳۲	<۰/۰۰۱	۴۱/۹۸**	۱۶۹/۶۱	۲ و ۲۷	۳۳۹/۲۲	درون گروهی (زمان)	تفکر عینی
۰/۴۲	<۰/۰۰۱	۱۰۵/۸۳**	۳۹۱/۰۳	۲۸ و ۱	۳۹۱/۰۳	بین گروهی (گروه)	
۰/۴۰	<۰/۰۰۱	۸۲/۴۳**	۱۸۶/۰۵	۲ و ۲۷	۳۷۲/۱۰	اثر متقابل (زمان*گروه)	

طبق نتایج جدول ۴، تفاوت میانگین‌ها در گروه آزمایش در طول زمان معنادار است و این تغییر در مرحله پیگیری معنادار است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی

گروه آزمایش			زمان اندازه گیری	متغیر	
مقدار احتمال	انحراف معیار	تفاوت میانگین			
<۰/۰۰۱	۰/۷۸	** ۳۴/۹۱	پیش آزمون- پس آزمون	شکایت روان تنی	
<۰/۰۰۱	۰/۸۱	** ۳۵/۹۴	پیش آزمون- پیگیری		
۰/۴۶۳	۰/۰۸	۱/۰۳	پس آزمون- پیگیری		
<۰/۰۰۱	۰/۳۱	** ۱۰/۱۱	پیش آزمون- پس آزمون	دشواری در	
<۰/۰۰۱	۰/۳۳	** ۱۰/۱۳	پیش آزمون- پیگیری		شناسایی
۰/۵۱۳	۰/۰۰۱	۰/۰۲	پس آزمون- پیگیری		احساسات
<۰/۰۰۱	۰/۲۷	** ۷/۶۸	پیش آزمون- پس آزمون	دشواری در	
<۰/۰۰۱	۰/۲۳	** ۷/۴۹	پیش آزمون- پیگیری		توضیف
۰/۳۵۵	۰/۰۰۵	-۰/۱۸	پس آزمون- پیگیری		احساسات
<۰/۰۰۱	۰/۳۱	** ۸/۹۹	پیش آزمون- پس آزمون	تفکر عینی	
<۰/۰۰۱	۰/۳۵	** ۹/۱۱	پیش آزمون- پیگیری		
۰/۲۸۹	۰/۰۹	۰/۱۳	پس آزمون- پیگیری		

نمودار ۱، روند تغییر متغیرها را در گروه آزمایش و کنترل در طول زمان نشان می‌دهد.



نمودار ۱. تغییرات شکایت روان تنی، و ابعاد ناگویی هیجانی در گروه آزمایش و کنترل

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار در کاهش ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی تاثیر دارد و این نتیجه در پیگیری یک ماهه هم پایدار بود که با نتایج پژوهش‌های پلنس و همکاران (۲۰۱۹)، واندرهارت و ریدبرگ، (۲۰۱۹) و اسانو (۲۰۱۹) مطابقت داشت.

بیماری ناشی از ویروس کرونا به دلیل کاهش اشتراک احساسات با دیگران و به دلیل انزوای اجتماعی، استرس و اضطراب تجربه شده در افراد، می‌تواند ناگویی هیجانی در افراد ایجاد کند و ناگویی هیجانی سلامت‌روانی افراد را کاهش می‌دهد. از طرفی دیگر افراد دارای ناگویی هیجانی، هیجان‌های خود را تهدیدکننده تفسیر کرده و از راهبردهای اجتنابی و ناسازگار استفاده می‌کنند (تانگ و همکاران، ۲۰۲۰). در فرآیند تنظیم هیجان مراجعان یاد می‌گیرند، هیجان‌های خود را بیان کنند، آنها را بپذیرند و احساسات مربوط به آنها را تجربه کنند. هیجان‌ها دارای توانایی درونی انطباقی هستند و چنانچه فعال شوند، به مراجعان کمک می‌کنند تا وضعیت هیجانی مشکل‌شان را تغییر دهند (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۲۰). درمان هیجان‌مدار روی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ موجب می‌شود که وضعیت هیجانی خود را نسبت مشکل‌شان تغییر دهند و به شیوه‌ای کارآمدتر با هیجان‌های منفی مرتبط با کووید-۱۹ سازگار شوند. همچنین، چون هیجان‌های انسان خاصیت سازگاری ذاتی دارند زمانی که هیجان‌ها در درمان هیجان‌مدار فعال می‌شوند، به بیماران کمک می‌کنند حالات هیجانی مشکل‌ساز و یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند. تنظیم هیجان روی الگوهای آسیب‌پذیری روانی تاثیر می‌گذارد و افرادی که قادر به مدیریت پاسخ‌های هیجانی خود در برابر حوادث روزمره نیستند، دوره‌های طولانی و سختی از اختلال‌های روانی- جسمانی را تجربه می‌کنند. تفکیک و یکپارچه‌سازی حالات هیجانی یکی از مهم‌ترین مولفه‌های بهبود اختلالات روان-

۸۰..... اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی مبتلایان...

تنی است (واندرهارت و ریدرگ، ۲۰۱۹). تبیین این یافته را می‌توان بر اساس نظریه فروید بیان کرد. در تاریخ روان‌کاوی کلاسیک یکی از روش‌های درمانی، برون‌ریزی هیجانی و بیان هیجانی واقعه و توضیح و توصیف کلامی آن بود. وقتی افراد درباره تجربه‌های هیجانی خود می‌نویسند به دنبال آن به طور قابل توجهی سلامت‌روانی و جسمی آنها بهبود می‌یابد (پلنس و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین در پردازش هیجان‌ها، آگاهی از وجود انسداد هیجانی و بررسی منشاء آن و عوامل تداوم‌بخش، موجب غلبه بر انسداد هیجانی و رهاسازی هیجان‌های سرکوب شده می‌شود و ناگویی هیجانی را کاهش می‌دهد (نانس، ۲۰۲۱). افزون بر این نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار در کاهش شکایات روان- تنی در افراد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی تاثیر دارد و با نتایج پژوهش‌های برانیمیر و همکاران (۲۰۲۱)، کوچلین و همکاران (۲۰۱۸)، و (هوری و کیم، ۲۰۱۹) مطابقت داشت. بیماری ناشی از ویروس کرونا معمولاً علائم جسمانی دارد که می‌توانند در آینده زمینه بروز شکایات روان- تنی را فراهم کند (برانیمیر و همکاران، ۲۰۲۱). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت تمرکز درمان هیجان‌مدار بر روی هیجان است. به گونه‌ای که از هیجان‌ها می‌توان برای هدایت و تحریک فرد به سمت فعالیت‌ها و پاسخ‌های جدید استفاده کرد. در این روش با انعکاس و شدت هیجان، فرد از تأثیر هیجان‌های ثانویه مانند تحریک/عصبانیت به سمت احساسات عمیق بنیادی و هیجان‌های اولیه مانند ترس و ناراحتی حرکت می‌کند (اسانو، ۲۰۱۹). هیجان‌ات ثانویه، هیجان‌اتی هستند که در واکنش به هیجان‌ات اولیه به وجود می‌آیند و در بسیاری از موارد فرد نسبت به علت اصلی این هیجان‌ات آگاهی ندارد. بر این اساس در درمان هیجان‌مدار پس از آن که فرد هیجان‌ات خود را بدون اجتناب در محیط امن درمان، درک، پردازش و تنظیم می‌کند، در نهایت کمتر از افکار تکراری همچون نشخوار فکری جهت اجتناب از آنها استفاده می‌کند و در توالی این مسیر نشانگان هیجان‌های منفی مانند استرس، افسردگی و اضطراب کاهش می‌یابد (گرینبرگ، ۲۰۰۴). تجربه هیجان‌ها به افراد کمک می‌کند که احساسات و نیازهایشان را روشن‌سازی کنند و پذیرش عاطفی بیشتری داشته باشند. تجربه هیجان‌ها در سازگاری شناختی و اجتماعی افراد با بیماری نقش اساسی دارند (کوچلین و همکاران، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد درمان هیجان‌مدار به افراد مبتلا به کووید-۱۹ تحت درمان خانگی کمک می‌کند تا بیماری خود و سایر رویدادهای آسیب‌زای گذشته در زندگی خود را بیشتر بپذیرند و از رویارویی با تفکرات و نشانه‌هایی که یادآور بیماری و رویدادهای آسیب‌زا هستند، اجتناب نکنند و به جای اجتناب، اعمال خود را بر اساس حرکت در مسیر یادگیری‌های جدید سازماندهی کنند (دروری و همکاران، ۲۰۱۹). لذا پس از طی نمودن این فرآیند، فرد به وسیله پذیرش تفکرات مثبت و تجربه هیجان‌ها، از بند تفکرات نشخوارکننده و هیجان‌های ناکارآمد ایجادکننده مشکلات روانی- جسمانی رهایی می‌یابد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۹). در درمان هیجان‌مدار افراد از وجود هیجان‌های منفی خود آگاه می‌شوند همچنین می‌توانند هیجان‌های خود را در موقعیت‌های مختلف زندگی باز ارزیابی کنند و مشکلات جسمانی و روانی خود را کاهش دهند (هوری و کیم، ۲۰۱۹).

به طور کلی در این پژوهش نتیجه گرفته شد که درمان هیجان‌مدار می‌تواند ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی مبتلایان به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی را کاهش دهد. پژوهش حاضر بر روی افراد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی انجام شد که چون افراد به لحاظ ویژگی‌های روان‌شناختی در پاسخ‌دهی به درمان متفاوت هستند، ممکن است این موارد بر نتایج تاثیر گذار باشد. بنابراین در تعمیم نتایج به سایر مبتلایان به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی باید احتیاط کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در

پژوهش‌های بعدی این متغیرها کنترل یا مطالعه شوند. با توجه به کارآمدی درمان هیجان‌مدار، پیشنهاد می‌شود برای کاهش ناگویی هیجانی و شکایات روان- تنی افراد مبتلا به کووید ۱۹ تحت درمان خانگی از این برنامه استفاده شود.

سپاسگزاری

از همکاری شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

در این مقاله حامی مالی و تعارض منافع وجود ندارد.

منابع

- اعزازي بجنوردی، المیرا؛ قدم‌پور، سمانه؛ مرادی شکیب، آمنه؛ و غضبان‌زاده، راضیه. (۱۳۹۹). پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی سلامت و اضطراب مرگ در بیماران دیابتی. *نشریه روان پرستاری*، ۲(۸)، ۳۴-۴۴.
- امیری، سهراب؛ قاسمی‌قشلاق، مهسا؛ عباس‌زاده، زهرا. (۱۳۹۷). مقایسه سازه‌های هیجانی و صفات شخصیتی مبتنی بر سیستم‌های مغزی- رفتاری در بیماران و افراد بهنجار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۶(۱)، ۱۶-۲۶.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۹). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم، آپدیت ۲۰۱۹*. ترجمه مهدی گنجی (۱۳۹۷). تهران: ساوالان.
- بشارت، محمد علی. (۱۳۸۶). روابط ابعاد شخصیت و ناگویی هیجانی. *روان‌شناسی معاصر*، ۲(۲)، ۵۵-۶۶.
- حاجلو، نادر. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا در بین دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۳)، ۲۰۴-۲۱۲.
- رزاق‌پور، مهدی؛ و حسین‌زاده، علی اصغر. (۱۳۹۸). نقش میانجیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با نشانه‌های جسمانی‌سازی دانشجویان دختر. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳(۲)، ۲۹۵-۳۱۶.
- عطا‌دخت، اکبر؛ قریب‌بلوک، معصومه؛ میکاییلی، نیلوفر؛ و صمدی‌فرد، حمیدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بر سازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی در جانبازان دارای نقص عضو. *مجله طب مراقبتی نظامی*، ۶(۳)، ۱۸۶-۱۷۶.
- گلدمن، روندا؛ گرینبرگ، لسلی اس. (۲۰۱۵). *فرمول‌بندی مراجع در درمان هیجان‌مدار*. ترجمه فاطمه فاضلی‌ثانی و جواد خلعتبری (۱۳۹۸). تهران: رشد فرهنگ.

American Psychiatric Association. (2019). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision DSM-5-tr 5th edition. [Amazon Warehouse](#). (Text in Persian)

Amiri, S., Ghasemi Gheshlagh, M., & Abbas Zadeh, Z. (2018). Comparison of emotional structures and personality traits based on brain-behavioral systems in patients and normal individuals. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 26 (1), 16-26. (Text in Persian)

Asano, K. (2019). Emotion processing and the role of compassion in psychotherapy from the perspective of multiple selves and the compassionate self. *Case Reports in Psychiatry*, 6(1), 1-6,

Atadokht, A., Masoumeh, G. B., Mikaeli, N., & Samadifard, H. R. (2019). Effect of emotion-focused cognitive behavioral therapy on social adjustment and experiential avoidance in Iranian disabled veterans. *Military Caring Sciences Journal*, 6 (3), 176-186. (Text in Persian)

- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994b). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38,(1), 33 -44.
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6.
- Besharat, M. A. (2007). The relations between personality dimensions and alexithymia. *Journal of Contemporary Psychology*, 2(2), 55-66. (Text in Persian)
- Branimir, M., Peraica, T., Stojanovic, K., & Ivanec, D. (2021). Predictors of emotional distress during the COVID-19 pandemic: A croatian study. *Personality and Individual Differences*, 175, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110691>
- Dincer, B., Ayaz, E.Y., & Oguz, A. (2021). Changes in sexual functions and alexithymia levels of patients with type 2 diabetes during COVID-19 pandemic. *Sexuality and Disability*, 39 (3), 461-478.
- Drury, J., Carter, H., Cocking, C., Ntontis, E., Tekin Guven, S., & Amlot, R. (2019). Facilitating collective psychosocial resilience in the public in emergencies: Twelve recommendations based on the social identity approach. *Front. Public Health*, 6(7), 141.
- Ezazi Bojnourdi, E., Ghadampour, S., Moradi Shakib, A., & Ghazbanzadeh, R. (2020). Predicting corona anxiety based on cognitive emotion regulation strategies, health hardiness and death anxiety in diabetic patients. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8 (2), 34-44. (Text in Persian)
- Ge, H., Wang, X., Yuan, X., Xiao, G., Wang, C., Deng, T., Yuan, Q., & Xiao, X. (2020). The epidemiology and clinical information about COVID-19. *Journal of Clinical Microbiology Infect Disease*, 14: 1-9.
- Ghorbani, N., Davison, H. K., Bing, M. N., Watson, P. J., & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*, 37(5), 297-308.
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change*. American Psychological Association_ (Text in Persian)
- Greenberg, L. S. (2010). *Emotion-focused therapy: Theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association. (Text in Persian)
- Greenberg, L., & Watson, J. (2020). *Emotion focused therapy for depression*, Washington: American Psychological Association. (Text in Persian)
- Hagquist, C. (2008). Psychometric Properties of the Psychosomatic Problems Scale: A research analysis on adolescents' data. *Social Indicators Research*, 86(3), 511-26.
- Hajloo, N. (2012). Psychometric properties of Takata and Sakata's psychosomatic complaints scale among Iranian university students. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 10(3), 204-2012. (Text in Persian)
- Hori, H., Kim, Y. (2019). Inflammation and post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 73(4), 143-53.
- Johnson, S. M. (2004). *Creating connection: the practice of emotionally focused couple therapy*. New York: Brunner – Routledge.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). Emotional focused- couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11(3): 313-317.
- Kocsel, N., Koteles, F., Galambos, A., & Kokonyei, G. (2022). The interplay of self-critical rumination and resting heart rate variability on subjective well-being and somatic symptom distress: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 152(1): 1-11.

- Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 107:38–45.
- Nunes, S.A. (2021). Developing emotional skills and the therapeutic alliance in clients with alexithymia: Intervention guidelines. *Psychopathology*, 54, (6), 282-290.
- Plans, D., Morelli, D., Sütterlin, S., Ollis, L., Derbyshire, G., & Cropley, M. (2019). Use of a biofeedback-breathing app to augment Post stress physiological recovery: Randomized pilot study, JMIR format. *Research*, 3 (1): e12227,
- Razaghpour, M., & Hosseinzadeh, A. A. (2019). The mediating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between personality traits with somatization symptoms of female university students. *Applied Psychology*, 13(2), 295-316. (Text in Persian)
- Schwarz, J., Rief, W., Radkovsky, A., Berking, M., & Kleinstäuber, M. (2017). Negative affect as mediator between emotion regulation and medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 10(1), 114-121.
- Takata, Y., & Sakata, Y. (2004). Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 58(1), 3-7.
- Tang, W., Hu, T., Yang, L., & Xu, J... (2020). The role of alexithymia in the mental health problems of home-quarantined university students during the COVID-19 pandemic in China. *Personality and Individual Differences*. 165, 110131. doi: [10.1016/j.paid.2020.110131](https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110131)
- Van der hart, O., & Rydberg, J. A. (2019). Vehement emotions and trauma-generated dissociation: A janetian perspective on integrative failure. *Trauma & Dissociation*, 3, 191-201. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.06.003>
- Williams, J. L., Hardt, M. M., Henschel, A. V., Eddinger, J. R. (2019). Experiential avoidance moderates the association between motivational sensitivity and prolonged grief but not posttraumatic stress symptoms. *Psychiatry Research*, 273, 336-342. [https://doi: 10.1016/j.psychres.2019.01.020](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.020)



اثربخشی نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب امتحان

علیرضا حسینی صدر^{۱*}، عارفه محمدنژاد دوین^۲، متینه عبادی^{۳*}، سجاد بشرپور^۴

چکیده

هدف پژوهش اثربخشی نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی در دانش‌آموزان دارای اختلالات اضطراب امتحان بود. مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی و جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه مدارس منطقه ۹ تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که ۳۰ دختر دارای اضطراب امتحان با استفاده از پرسش‌نامه اضطراب امتحان شناسایی و با روش نمونه‌گیری دردسترس و گمارش تصادفی انتخاب شدند (۱۵ دختر در گروه کنترل و گروه آزمایش). گروه آزمایش تحت آموزش نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) و گروه کنترل بدون آموزش قرار گرفتند. پرسش‌نامه اضطراب امتحان به منظور شناسایی نمونه مد نظر و پرسش‌نامه اجتناب شناختی و پروتکل درمانی نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی استفاده گشت. آمار توصیفی، تحلیل کوواریانس تک و چند متغیره و نتایج مجذور اتا نشان داد نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش اجتناب شناختی در دانش‌آموزان گردید. بنابراین نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی در جهت بهبود اجتناب شناختی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان و افزایش سلامت روان توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اجتناب شناختی، اضطراب امتحان، نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی



^۱ نویسنده مسئول: مربی، گروه هنر، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
^۲ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
^۳ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
^۴ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

اضطراب امتحان^۱ امروزه به یک معضل برای خانواده‌ها و فرزندان آن‌ها تبدیل شده است. عوامل متعددی با اضطراب امتحان ارتباط دارد، از جمله کمبود امکانات مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها و تکالیف دانش‌آموز، تحصیلات پایین والدین و ناتوانی در راهنمایی فرزندان خود (یادو^۲، ۲۰۱۷). پیامدهای اضطراب امتحان فقط انتظار ارزیابی منفی از آزمون یا امتحان و مشکلات آینده نبوده و فراتر از کلاس و درس است و زندگی شخصی و خانوادگی دانش‌آموزان را با مشکلاتی روبه‌رو می‌کند و سلامت روان آن‌ها را تهدید می‌کند (همیلتون، فریج، ژانگ، زلر^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). اضطراب امتحان منجر به عملکرد شناختی ضعیف و اجتناب شناختی^۴ در دانش‌آموزان می‌گردد (سیلاج، اسکویارتز، سیگل و کستل^۵، ۲۰۲۱؛ اسکات، کورتز و میراندا^۶، ۲۰۲۱).

طبق رویکرد شناختی، نگاه فاجعه‌آمیز در اجتناب شناختی به رویدادهای اضطراب‌زا باعث اجتناب از موقعیت می‌گردد (بورلتون، لویز، کاپدویل، ماکیوس^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). رز، گوئتز، وراسک، کرانیچ^۸ و همکاران (۲۰۲۱) اجتناب شناختی را سبک‌های مقابله‌ای مقاوم در برابر هر گونه تغییر دانسته که در موقعیت‌های اضطراب‌زا همچون امتحان فعال می‌گردند. وجه اشتراک تمام این سبک‌ها انحراف ذهن از موضوع نگران‌کننده و عامل فشارزای روانی به سمت موضوعات و افکار دیگر بوده و باعث بروز نشخوار فکری و اجتناب می‌شوند (میخالوا و جابسون^۹، ۲۰۲۰) که نیازمند درمان است.

روئین‌تن، حیدری، افتخارسعیدی و احتشام‌زاده (۲۰۲۱) معتقدند پیچیدگی افکار کودکان دارای اجتناب شناختی بالا بوده و نیازمند درمان‌هایی با افزایش آگاهی است تا بتوانند افکار و عقاید و آرزوهای خود را بیان داشته و درمانگر می‌تواند از میزان پیچیدگی‌های افکار کاسته و اجتناب شناختی را به حداقل برساند. نقاشی به عنوان یک پل ارتباطی به ناخودآگاه کودکان است زیرا محدودیت واژگان و دانش در کودکان مانع از برون‌ریزی مشکلات خود می‌گردد و نقاشی زبان علائم آن‌ها محسوب می‌شود (مولا^{۱۰}، ۲۰۲۰) و امکان همراهی آن با سایر تکنیک‌های درمانی از جمله ذهن‌آگاهی وجود دارد. درمان اجتناب شناختی توسط نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قابل اجرا است (رگو^{۱۱}، ۲۰۲۱) و به عنوان یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری نسل سوم قلمداد می‌شود (شیخ‌الاسلامی و سید اسماعیلی قمی، ۱۳۹۳).

ابراهیم^{۱۲} (۲۰۲۱) در پژوهشی بیان داشتند نقاشی درمانی به میزان قابل توجهی در درمان اجتناب شناختی افراد دارای اضطراب امتحان مؤثر است. وو و لی^{۱۳} (۲۰۲۰) در پژوهش دیگری بیان داشتند که نقاشی درمانی در شناخت هیجان‌ها و افکار علائق و..

- 1 . Test anxiety
- 2 . Yadav
- 3 . Hamilton, Freche , Zhang, Zeller
- 4 . cognitive avoidance
- 5 . Silaj, Schwartz, Siegel & Castel
- 6 . Scotta, Cortez & Miranda
- 7 . Bortolon, Lopes, Capdevielle, Macioce & et al
- 8 . Roos, Goetz, Voracek, Krannich
- 9 . Mihailova & Jobson
- 10 . Moula
- 11 . Regev
- 12 . Ibrahim
- 13 . Wu & Lee

به کودکان کمک می‌کند و در مواقعی که دچار اضطراب می‌شوند، نقاشی درمانی توانایی حل بحران را به آنها داده و به کنترل ذهنی آنها نیز کمک می‌کند. هیین و هیجمن^۱ (۲۰۲۰) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که هنر درمانی مبتنی بر شفقت که هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را نیز دربر دارد بر بهبود اجتناب شناختی تاثیر داشته است. کریمای و فردوسی‌پور (۱۳۹۸) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که نقاشی درمانی باعث کاهش اجتناب شناختی کودکان دچار اختلال اضطراب جدایی می‌شود. همچنین سید اسماعیلی قمی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی بیان داشتند که نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رفتارهای چالشی کودکان اوتیسم اثر بخش بوده و در کنترل هیجان‌ات، برقراری روابط بین فردی و کاهش مشکلات این کودکان موثر بوده است.

امروزه به دلیل تاکید بیشتر جوامع به تحصیلات و افزایش رقابت بین دانش‌آموزان شاهد افزایش اضطراب امتحان و پیامدهای متعدد آن از جمله اجتناب شناختی، هستیم که فشار روانی بالایی را بر آنها تحمیل کرده و باعث کاهش سلامت روان دانش‌آموزان می‌گردد. با توجه به ضرورت درمان و کاهش عوامل تاثیرگذار بر اجتناب شناختی و به منظور افزایش سلامت روان دانش‌آموزان هدف این پژوهش اثربخشی نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی در دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب امتحان بود و فرضیه تعیین اثر نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی بررسی گشت.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌تجربی و جامعه آماری، کلیه دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه مدارس منطقه ۹ تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند که فقط یک مدرسه دارای ۲۵۰ دانش‌آموز به عنوان جامعه مورد نظر تعیین شد. پس از اجرا پرسشنامه اضطراب امتحان، از بین دانش‌آموزانی که نمرات بیشتر از میانگین (۳۷ و ۳۸) را کسب کردند تعداد ۷۳ نفر شناسایی و از این تعداد ۴۳ نفر تمایل به همکاری داشتند. برای تعیین حجم نمونه از برنامه نرم‌افزاری^۲ جی-پاور استفاده شد (فائول، اردفلد، لانگ و باچر^۳، ۲۰۰۷). با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و سطح قابل قبول توان آزمون برابر با ۰/۸۰، تعداد ۱۵ نفر در هر گروه (کنترل و آزمایش) به صورت تصادفی و با روش قرعه کشی به دو گروه تقسیم شدند. ملاک‌های ورودی شامل رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش، دوره اول متوسطه، ساکن تهران، داشتن اضطراب امتحان و عدم مصرف داروهای آرام‌بخش و تمرکز دهنده بود. ملاک‌های خروجی پس از انتخاب نمونه و شروع درمان، عدم رضایت ادامه شرکت در پژوهش و مخدوش شدن پرسشنامه‌ها بود. پس از انتخاب نمونه و برقراری ملاک‌های ورودی، مرحله پیش‌آزمون (تکمیل پرسشنامه اجتناب شناختی) اجرا و نتایج ثبت گردید. سپس برنامه نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سید اسماعیل قمی و همکاران (۱۳۹۸) توسط پژوهشگر طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه، به مدت دو ماه و نیم (به صورت فردی و گروهی) برای گروه آزمایش در مدرسه مربوطه اجرا گشت. گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد و ریزش نمونه‌ها اتفاق نیفتاد. پس از اتمام دوره درمانی

1 . Haeyen & Heijman

2 . G power

3 . Faul, Erdfelder, Lang & Buchner

۸۸..... اثربخشی نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی دانش‌آموزان دختر ...

دانش‌آموزان هر دو گروه پرسشنامه اجتناب شناختی را مجدداً تکمیل کردند. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: شامل اطلاعات جمعیت شناختی، ترتیب تولد، میزان درآمد خانواده، پایه تحصیلی، شغل و تحصیلات پدر و مادر در ابتدای پرسشنامه بود.

پرسشنامه اضطراب امتحان: پرسشنامه اضطراب امتحان ابوالقاسمی، اسدی مقدم، نجاریان و شکرکن (۱۳۷۵) بر اساس مقیاس اضطراب امتحان ساراسون، دیویدسون، لایتال، ویت^۲ و همکاران (۱۹۶۰) می‌باشد. ۲۵ گویه در مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز=۰، به ندرت=۱، گاهی اوقات=۲ و اغلب اوقات=۳) بوده و هرچه فرد نمره بالاتری کسب کند (بالاتر از میانگین ۳۷-۳۸)، نشان‌دهنده اضطراب امتحان بیشتری است. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر ۷۵ است. ابوالقاسمی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای سنجش همسانی درونی این پرسشنامه بیان داشتند (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۷۵). همچنین روایی این پرسشنامه در پژوهش لیاقت و قاسمی (۱۳۹۳) از طریق سنجش همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب (TA) ۰/۸۲ تا ۰/۸۳ گزارش شده است. اعتبار این پرسشنامه از طریق آزمون مجدد با فاصله ۶ هفته بیش از ۰/۸۰ به دست آمد. ضریب آلفای پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۱ بود.

پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ): این پرسشنامه توسط سکستون و داگاس^۴ (۲۰۰۴) در ۲۵ گویه با لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً غلط=۱، تا کاملاً درست=۵) بوده و هدف آن سنجش فرونشانی فکر^۵، جانشینی فکر^۶، حواس پرتی^۷، اجتناب از محرک تهدید کننده^۸ و تبدیل تصور به فکر^۹ اجتناب شناختی است. سکستون و داگاس (۲۰۰۸) ضریب پایایی این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای نمره کل اجتناب شناختی و به ترتیب فوق برای خرده مقیاس‌ها ۰/۷۱، ۰/۸۹، ۰/۹۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۴ گزارش کردند. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط بساک‌نژاد، معینی و مهربانی‌زاده (۱۳۸۹) انجام و ضریب پایایی کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۷۰، ۰/۹۰ و ۰/۸۶ به دست آمد. ضریب آلفای پرسشنامه در این پژوهش ۰/۸۵ بود.

نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: این روش توسط سیداسماعیلی قمی و همکاران (۱۳۹۸) تهیه گردید. اجرای این درمان در دو مرحله: (۱) بر اساس اسناد، منابع، ادبیات نظری، پیشینه پژوهشی و برنامه‌های موجود در این زمینه، (۲) برنامه نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به صورت فعالیت‌هایی که با نقاشی و ترسیم بدن و زبان بدن همراه با فنون ذهن‌آگاهی و کار گروهی بود. سید اسماعیلی قمی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود نسبت روایی محتوای (CVR) این درمان را بالاتر از ۰/۶۲ و شاخص

- 1 . Test Anxiety Incentory
- 2 . Sarason, Davidson, Lighthall. Waite
- 3 . Cognitive Avoidance Questionnaire
- 4 . Sexton & Dugas
- 5 . Extinction of thought
- 6 . Substitution of thought
- 7 . Distraction
- 8 . Avoiding the threatening stimulus
- 9 . Transforming ideas into thoughts

روایی محتوایی (CVU) بالاتر از ۰/۷۹ ذکر کردند. بیشتر جلسات تمرین خانگی همراه با به کارگیری تنفس منظم و آرمیدگی عضلانی پیش از انجام فعالیت استرس‌زا و کنترل افکار مزاحم بود. خلاصه جلسات این درمان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: پروتکل نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (سید اسماعیلی قمی و همکاران، ۱۳۹۸)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد نظر	تکلیف خانگی
۱	آگاهی با ابزارهای نقاشی، شروع توجه به محیط اطراف و آگاهی بدن	ترسیم سایه و ذهن‌آگاهی از ابزارهای نقاشی	شروع آگاهی بدنی، ژست بدن، خواندن زبان بدن و ترسیم شکل، آگاهی از محرک‌های حسی و پاسخ به آن‌ها	ترسیم اشکال مختلف بدن همراه با توجه به شرایط محیطی اطراف خود در نقاشی های خود
۲	آگاهی‌دهی زبان بدن، آموزش آرمیدگی	ترسیم بدن و ذهن‌آگاهی از بدن، آموزش تنفس منظم در زمان استرس‌زای خفیف	آگاهی از بدن، خواندن زبان بدن، نقاشی پیکر و صمیمیت، به کارگیری فنون تنفس منظم در شرایط استرس‌زا مانند زمان مطالعه و اجرا ان در تمرین های خانگی	
۳	برون‌سازی افکار و تخیلات	تخیلات و ذهن‌آگاهی افکار، ترسیم افکار، تخیلات مورد علاقه، بیان و توضیح نقاشی خود	توانش‌های تخیلی و تفکر انتزاعی، توجه به همسالان به نوبت کاری را انجام دادن، شکیبایی، سازش و نقاشی مورد توافق یا مشترک	ترسیم افکار و تصاویر ذهنی خود همراه با توضیح داستان‌وار به والدین خود
۴	ایجاد رابطه و شروع کار گروهی	ترسیم بدن و ذهن‌آگاهی افکار، کار گروهی، شناخت هیجانات چهره	انتخاب هم‌گروهی و کار مشترک، توجه به چهره، توجه به جزئیات و تعامل نزدیک	ایجاد گروه‌های کوچک با دوستان و انجام نقاشی گروهی در طول هفته، ترسیم چهره و حالت‌های بدن یکدیگر
۵	کارگروهی و ایجاد سازگاری	ترسیم تعاملی صورت و آموزش گسترش آگاهی	تمرین کار نوبتی، تمرین بردباری در نقاشی مشترک، توجه به جزئیات، انعطاف‌پذیری و تعامل، گسترش آگاهی با استفاده از تصاویر نقاشی شده.	نقاشی گروهی بر اساس موضوعات در لحظه اطراف خود و چهره‌های یکدیگر و توضیح به اعضای گروه

- ۹۰..... اثربخشی نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب‌شناختی دانش‌آموزان دختر ...
- ۶ ترسیم فیگور، ترسیم بدن یکدیگر و ذهن آشنایی با اجزای بدن، آشنایی با ترسیم نقاشی از فیگورهای مختلف افزایش ارتباطات آگاهی جسمانی و مراقبه فیگورهای مختلف، افزایش صبر هم گروهی‌های خود و اعضای گروهی و بردباری، آشنایی با تکنیک‌های خانواده در محدوده زمانی مشخص، نمایش هیجان‌ها مختلف بر چهره و پرسپکتیو، توجه به جزئیات، کسب توانش طراحی بدن ترسیم آن توسط اعضای گروه،
- ۷ استفاده از امکانات نقاشی روی پارچه -مراقبه تشخیص علائق فردی، درک لیست کردن علائق فردی خود، محدود برای انجام آگاهی از فعالیت هنری، مفهوم گروه، بهبود توانش های انجام نقاشی های گروهی، استفاده فعالیت استفاده از امکانات محدود حرکتی ظریف، سازگاری بیشتر با از امکانات محدود برای ترسیم نقاشی- ارزیابی نقاشی هم، اعضای گروه، بروز هیجان‌ها خود نقاشی در محدوده زمانی مشخص و در حین کار توجه به زمان حال و عدم توجه به نتیجه - مراقبه و آرمیدگی عضلانی
- ۸ ایجاد روابط جعبه‌های دوستی و ذهن- کسب و بهبود توانش‌های نقاشی در گروه‌های بزرگتر، بروز گروهی بیشتر و آگاهی توانش‌های حافظه، یادآوری حافظه و هدیه دادن، احساسات خود به اعضای گروه، ارزیابی توسط بزرگترکردن گروه گسترش ایجاد گروه‌های بزرگتر و بهبود انجام نقاشی‌های گروهی در اعضا فعالیت درگروه‌های دوستی، برقراری روابط، بروز هیجان‌ها محدود زمانی کمتر از مراحل قبلی، ارزیابی نقاشی هم، خود به اعضای گروه تکراراهداف نهایی جلسه ۷
- ۹ ارزیابی فعالیت‌ها نمایش کارهای هنری، بحث گروهی، به اشتراک گذاشتن انجام نقاشی ها با موضوع اریابی و سعی در کاهش ذهن‌آگاهی، توجه به زمان تجربه‌های اعضا و نمایش عمومی هرروزه آنها توسط اعضای گروه و هیجان‌ها منفی در حال و عدم توجه به نتیجه دستاوردهای آن‌ها برای افراد اعضای خانواده زمان ارزیابی مراقبه و آرمیدگی عضلانی خارج از گروه و ذهن‌آگاهی
- ۱۰ کاهش هیجان‌ها جمع بندی و اجرای پس- تجلیل از تلاش‌های هنری بروز هیجان‌ها خود در هنگام منفی و استرس در آزمون کودکان، کاهش هیجان منفی ارزیابی و بیان احساسات خود شرایط ارزیابی درزمان ارزیابی -ایجاد روابط نسبت به ارزیاب، قبول نقاط قوت و بسیار زیاد دوستانه و کاهش ضعف خود. تمرکز به زمان حال نگرانی از تصورات اعضا درباره خود - اجرای پس‌آزمون

روش اجرا

پس از کسب مجوزهای مربوطه از دانشگاه و مدارس، پژوهشگر به صورت حضوری و دانش‌آموزان به صورت نیمه حضوری (گروه‌بندی شده و در روزهای متفاوت) در مدارس حضور داشتند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش تمامی شرکت‌کنندگان از حق انتخاب آزادانه برای شرکت در پژوهش برخوردار و در هر مرحله‌ای می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. قبل از اجرای این پژوهش از والدین و دانش‌آموزان رضایت کتبی اخذ شد و به آنها اطمینان داده شد که عملکردشان گروهی تجزیه و تحلیل شده و محرمانه خواهد ماند. تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی بود. پس از تعیین جامعه آماری در این پژوهش از پرسشنامه اضطراب امتحان به منظور غربالگری دانش‌آموزان استفاده شد. پس از تعیین نمونه و انجام هم‌تاسازی (نمونه تک جنستی و از نظر پایه تحصیلی متوسطه اول انتخاب شدند...) و کنترل مصرف آرام‌بخش شرکت‌کنندگان و اجرای پیش‌آزمون و شناسایی دانش‌آموزان و گروه‌بندی، برنامه درمانی پس‌آزمون اجرا شد و داده‌های گردآوری شده از برنامه درمانی در نرم‌افزار SPSS ۲۴ با روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل کوواریانس تک و چند متغیره، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر پس از غربالگری با استفاده از پرسشنامه اضطراب امتحان، ۳۰ دانش‌آموز دختر (نمرات بالاتر از ۳۷-۳۸ در اضطراب امتحان) با میانگین سنی گروه آزمایش $(14/20 \pm 0/16)$ و گروه کنترل $(14/27 \pm 0/10)$ در بازه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال حضور داشتند. با توجه به نتایج جدول و مقادیر آماره F و سطح معنی‌داری $(P > 0/05)$ ویژگی‌های جمعیت شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل مشابه یکدیگر می‌باشد. (ترتیب تولد در نتایج کنترل نشد)، میانگین و انحراف استاندارد اجتناب شناختی در جدول ۲ ارائه گشت.

در جدول ۲ نتایج نشان داد توزیع متغیرهای پژوهش نرمال بود $(p > 0/05)$. نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس نمرات اجتناب شناختی و زیر مقیاس‌های آن در دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس‌آزمون با هم برابر می‌باشند. نتایج آزمون F نشان داد که بین متغیر کمکی و متغیر مستقل تعامل وجود ندارد $(P > 0/05)$. همچنین نمره میانگین اجتناب شناختی و زیر مقیاس‌های آن در پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش کاهش یافت. جهت بررسی تأثیر مداخله نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از تحلیل کوواریانس تک و چند متغیره استفاده شد.

جدول ۲: آمار توصیفی متغیر پژوهش

متغیر	وضعیت	گروه	\bar{X}	SD	شاپیرو - ویلک	p
واپس زنی افکار نگران کننده	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۴۷	۲/۶۴	۰/۹۳۸	۰/۳۵۶
	پس‌آزمون	کنترل	۱۵/۱۳	۲/۱۷	۰/۹۲۵	۰/۲۲۹
جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴/۵۳	۲/۷۲	۰/۹۲۲	۰/۲۱۰
	پس‌آزمون	کنترل	۱۴/۹۳	۲/۲۲	۰/۹۳۵	۰/۳۲۸
استفاده از توجه بر گردانی برای قطع روند نگرانی (حواس‌پرتی)	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵/۹۳	۱/۸۷	۰/۹۵۳	۰/۵۷۵
	پس‌آزمون	کنترل	۱۵/۸۰	۱/۶۱	۰/۹۲۵	۰/۲۳۱
اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران کننده	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴/۵۳	۱/۶۴	۰/۹۵۱	۰/۵۴۴
	پس‌آزمون	کنترل	۱۵/۵۳	۱/۸۱	۰/۹۱۴	۰/۱۵۳
تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۵۴	۲/۵۶	۰/۹۱۷	۰/۱۷۴
	پس‌آزمون	کنترل	۱۵/۰۷	۲/۲۲	۰/۹۳۵	۰/۳۲۸
نمره کل اجتناب شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴/۳۳	۲/۹۹	۰/۹۲۸	۰/۲۵۸
	پس‌آزمون	کنترل	۱۵/۱۳	۲/۲۶	۰/۹۷۰	۰/۸۵۱
	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵/۴۷	۲/۷۰	۰/۹۵۶	۰/۶۲۱
	پس‌آزمون	کنترل	۱۴/۲۷	۱/۵۳	۰/۹۳۱	۰/۲۸۲
	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۳/۲۷	۲/۲۵	۰/۹۷۵	۰/۹۲۴
	پس‌آزمون	کنترل	۱۴/۱۳	۱/۳۶	۰/۸۸۵	۰/۰۵۷
	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵/۷۳	۳/۱۵	۰/۹۴۸	۰/۴۸۹
	پس‌آزمون	کنترل	۱۴/۶۰	۳/۰۹	۰/۹۵۴	۰/۵۹۳
	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۳/۷۳	۲/۹۱	۰/۹۴۴	۰/۴۴۰
	پس‌آزمون	کنترل	۱۴/۳۳	۳/۰۲	۰/۹۳۶	۰/۳۳۱
	پیش‌آزمون	آزمایش	۸۰/۱۳	۱۱/۲۶	۰/۹۴	۰/۳۹۹
	پس‌آزمون	کنترل	۷۴/۸۷	۸/۳۵	۰/۹۷	۰/۹۰۸
	پیش‌آزمون	آزمایش	۷۰/۴۰	۱۰/۳۳	۰/۹۸	۰/۹۷۰
	پس‌آزمون	کنترل	۷۴/۰۷	۸/۳۷	۰/۹۷	۰/۷۹۱

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد بین دو گروه آموزش و کنترل در اجتناب شناختی تفاوت وجود دارد ($P < 0/01$). مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه در متغیر پس‌آزمون، با توجه به کنترل آماری پیش‌آزمون، در مجموع معنادار است. مقادیر اتا نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه در پس‌آزمون، با توجه به کنترل آماری پیش‌آزمون برابر ۰/۷۴۱ است؛ یعنی ۷۴/۱ درصد از واریانس اجتناب شناختی، ناشی از اثر آزمایشی است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری اجتناب شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	SS	DF	MS	F	P	Eta
اجتناب شناختی	۵۰۱/۵۸	۱	۵۰۱/۵۸	۷۷/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۱

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که بین دو گروه آموزش و کنترل در زیرمقیاس‌های اجتناب شناختی تفاوت وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیر پس‌آزمون، با توجه به کنترل آماری پیش‌آزمون، در مجموع معنادار است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری زیرمقیاس‌های اجتناب شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	SS	DF	MS	F	P	Eta
واپس‌زنی افکار نگران‌کننده	۱۵/۶۸	۱	۱۵/۶۸	۱۸/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲
جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده	۱۲/۱۹	۱	۱۲/۱۹	۱۲/۷۹	۰/۰۰۲	۰/۳۵۷
حواس پرتی	۲۸/۰۲	۱	۲۸/۰۲	۵۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸۵
اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز نگران‌کننده	۲۱/۵۴	۱	۲۱/۵۴	۳۰/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۴
تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی	۱۱/۶۲	۱	۱۱/۶۲	۱۱/۰۵	۰/۰۰۳	۰/۳۲۵

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان دادند نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش اجتناب شناختی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان گردید. این نتایج با یافته‌های رگو (۲۰۲۱)، رز و همکاران (۲۰۲۱)، ابراهیم (۲۰۲۱)، هیین و هیجمن (۲۰۲۰)، میهالوا و جابسون (۲۰۲۰) و کریمای و فردوسی‌پور (۱۳۹۸) همسو بود.

پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که اجتناب از مقابله با رویدادهای تهدیدکننده می‌تواند به صورت شناختی و رفتاری آشکار شود (رز و همکاران، ۲۰۲۱) و به عنوان اجتناب شناختی معرفی می‌گردد که اعتماد به نفس کودکان را کاهش می‌دهد (یادو، ۲۰۱۷)؛ به همین دلیل در این پژوهش برای کاهش اجتناب شناختی، نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به کار گرفته شد. طبق نظر کریمایی و فردوسی‌پور (۱۳۹۸) نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مراجع را قادر می‌سازد تا با استفاده از نقاشی در محیطی سالم و امن هیجانات خو را برون‌ریزی کرده و با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی امکان زندگی در زمان حال و رشد و تحول را برقرار می‌کند و می‌تواند در بازسازی هیجانات و شناخت‌های معیوب کودکان استفاده شود (وو و لی، ۲۰۲۰). همانطور که پیش‌تر ذکر شد اجتناب شناختی شامل فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر بیان است (رز و همکاران، ۲۰۲۱) که وجه اشتراک تمام آنها انحراف ذهن از موضوع نگران‌کننده به سمت موضوعات و افکار دیگر بوده و زمینه بروز نشخوار فکری و اجتناب شناختی را در فرد آماده می‌کند (میهالوا و جابسون، ۲۰۲۰). در این پژوهش به واسطه تمرین و فنون مبتنی بر ذهن‌آگاهی از جمله نقاشی درمانی دانش‌آموزان با آگاهی لحظه به لحظه نسبت

۹۴..... اثربخشی نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی دانش‌آموزان دختر ...

به فعالیت‌های روزانه خود و افکار و احساسات و حالت‌های جسمانی بر آن‌ها کنترل پیدا کرده، افکار مزاحم کنترل شد و حواس پرتی کاهش یافت، همچنین از ذهن متمرکز برگزشته و آینده رها شده و اجتناب از محرک تهدید کننده متوقف می‌شود. همچنین نقاشی درمانی به عنوان ابزار فراقلمی، ارائه و بیان افکار و احساسات استفاده شد و مانع تبدیل اشتباه تصور به فکر گشت. همچنین در طول دوره درمان و به‌ویژه پس از آن به دلیل بازسازی افکار تهدیدکننده و افزایش اعتماد به نفس، تصورات اشتباه درباره خود درآزمودنی‌ها کاهش یافت و این امر کاهش فرونشانی فکر، جانشینی فکر را به ارمغان داشت و باعث افزایش بیان توانایی‌های خود در آنها گردید. به طور کلی، نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مراحل ابتدایی به کسب فنون آرامش بخش به صورت فردی پرداخت و در مراحل بعدی با کارهای گروهی و فعالیت‌هایی که نیازمند برقراری ارتباط با همسالان بود، ادامه یافت تا دانش‌آموزان بتوانند از افکار یکدیگر اطلاع پیدا کرده و مانع پیش‌داوری و انحراف و اجتناب از موضوع اصلی که از عوامل مهم در اجتناب شناختی است، شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش مشکلات اجتناب شناختی و سبک‌های آن در دانش‌آموزان و افزایش تمرکز و به طور کلی افزایش سلامت روان جامعه می‌باشد. این پژوهش با محدودیت‌هایی از جمله عدم وجود دوره پیگیری، عدم کنترل و بررسی اثر ترتیب تولد بر نتایج، جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه مشهود اجتناب شناختی بوده و هیچ ابزار دیگری برای سنجش اجتناب شناختی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نبود. خوداظهاری پاسخ‌دهندگان درباره‌ی سؤالات پرسیده شده ممکن است بازتاب واقعی ویژگی‌های مورد نظر نباشد و فقط بر روی دختران دانش‌آموز متوسطه اول منطقه ۹ شهر تهران انجام شد و نمی‌توان به سایر جوامع و شهرها و گروه‌های سنی با اطمینان تعمیم داد. پیشنهاد می‌گردد با انتشار نتایج و کاربست بیشتر این درمان به مراکز مشاوره و روان‌درمانی مدارس، مددکاران اجتماعی با کاهش اجتناب شناختی به وضعیت مطلوب جامعه و دانش‌آموزان کمک نمود.

تشکر و قدردانی

با تشکر از زحمات مسئولین دانشگاهی و مدارس تهران جهت انجام این پژوهش. مقاله حاضر مستخرج از طرح پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی و به حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی انجام شده است. این مطالعه با کد اخلاق IR.UMA.REC.1401.019 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه محقق اردبیلی به تصویب رسیده است

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ اسدی مقدم، عزیزه؛ نجاریان، بهمن؛ شکرکن، حسین (۱۳۷۵). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش اضطراب امتحان در دانش‌آموزان پایه سوم دوره راهنمایی تحصیلی اهواز، *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ۳(۴): ۶۱-۷۳.
- بساکنژاد، سودابه؛ نصراله، معینی؛ مهربانی‌زاده، مهناز (۱۳۸۹). رابطه پردازش پس‌رویدادی و اجتناب شناختی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان، *نشریه علوم رفتاری*. ۴(۴): ۳۴۰-۳۵۵.
- سید اسماعیلی قمی، نسترن؛ شریفی درآمدی، پرویز؛ رضایی، سعید؛ دلاور، علی (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رفتارهای چالشی کودکان اوتیسم با عملکرد بالا، *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۸۲): ۱۱۳۷-۱۱۴۵.

سید اسماعیلی قمی، نسترن؛ شریفی درآمدی، پرویز؛ رضایی، سعید؛ دلور، علی (۱۴۰۰). تدوین و ارزیابی اثربخشی برنامه درمانی نقاشی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان اوتیسم با عملکرد بالا، *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۱۰(۲)، ۶۷-۸۴.

شیخ الاسلامی، علی؛ سیداسماعیلی قمی، نسترن (۱۳۹۳). مقایسه تاثیر روش‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مهارت‌های مطالعه بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان، *مجله روانشناسی مدرسه*، ۳(۲): ۱۰۴-۱۲۱.

کریمایی، میترا؛ فردوسی‌پور، عاطفه (۱۳۹۸). اثربخشی نقاشی درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی، *فصلنامه رویش روان‌شناسی*، ۸(۸): ۲۰۵-۲۱۲.

لیاقت، ریتا؛ قاسمی، فریده (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه کمال‌گرایی فراست و رابطه آن با اضطراب امتحان دانش‌آموزان، *نشریه تحقیقات روانشناختی*، ۶(۲۳): ۶۰-۷۶.

محمدپور، عبدالباسط؛ امینیان، ابوالفضل؛ نوذری، محمد؛ نعیمی، ابراهیم (۱۴۰۰). نقش اجتناب شناختی و ابرازگری هیجانی در پیش‌بینی تعارض زناشویی زنان شهر تهران، *مجله علوم روان‌شناختی*، ۲۰(۸۹): ۲۰۹-۲۱۸.

Aboighasemi A, Asadi Moghaddam A, Najarian B, Shokrkon H. (1996). Construction and validation of a test for the measurement of test anxiety among Ahwaz guidance school Students, *Journal of Educational Scinces*.3(2): 61-74. [Text in Persain]

Bassak-Nejad, S., Moini, N., Mehrabizadeh-Honarmand, M. (2011). The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among student, *Journal of Behavioral Sciences*. 4(4): 340-355. [Text in Persain]

Bortolon, C., Lopes, B., Capdevielle, D., Macioce, V., Raffard, S. (2019). The roles of cognitive avoidance, rumination and negative affect in the association between abusive supervision in the workplace and non-clinical paranoia in a sample of workers working in France, *Psychiatry Research*. 271(51): 581-589.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., Buchner, A. (2007). G-Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences, *Behavior Research Methods*. 39(2), 175-191.

Haeyen, S., Heijman, J. (2020). Compassion Focused art therapy for people diagnosed with a cluster B/C personality disorder: An intervention mapping study. *Arts in Psychotherapy*, 6(9): 101-117.

Hamilton, N., Freche, R., Zhang, Y., Zeller, G., Carroll, I. (2021). Test anxiety and poor sleep: A vicious cycle, *International Journal of Behavioral Medicine*, 28(2): 250-258.

Ibrahim, F. M. (2021). Effects of art therapy on examination anxiety among students in staff model secondary school of Bayero University Kano, Nigeria. Bije-Bichi, *Journal of Education*, 15(1): 9-19.

Joshi, A. M., Mehta, S. A., Pande, N., Mehta, A. O., & Randhe, K. S. (2021). Effect of mindfulness-based Art therapy (MBAT) on psychological distress and spiritual wellbeing in breast cancer patients undergoing chemotherapy, *Indian Journal of Palliative Care*, 27(4): 552-568.

Karimae, M., Ferdosipour, A. (2019). The Effect of Painting Therapy on Reducing Signs of Symptoms in Separation Anxiety Disorder in Preschool Children, *Rooyesh Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 8(8): 205-212. [Text in Persian]

Liyaghat, R., Ghasemi, F. (2014). Examining the psychometric characteristics of Frost's perfectionism questionnaire and its relationship with students' test anxiety, *Journal of Psychological Research*, 6(23): 60-76. [Text in Persian]

Mahmoudpour A., Aminian A., Nowzari M., Naeimi E. (2021). The role of cognitive avoidance and emotional expression in predicting marital conflict in women in Tehran, *Journal of Psychological Science*, 20(89): 209-218. [Text in Persian]

Mihailova, S., & Jobson, L. (2020). The impact of depression and culture on responses to intrusive autobiographical memories: Cognitive appraisals, cognitive avoidance, and brooding rumination, *British Journal of Clinical Psychology*, 59(1): 66-79.

Moula, Z. (2020). A systematic review of the effectiveness of art therapy delivered in school-based settings to children aged 5–12 years. *International Journal of Art Therapy*. 25(2): 88-99.

- Regev, D. (2021). A process-outcome study of school-based art therapy, *International Journal of Art Therapy*, 12(9): 1-9.
- Rointan, P., Heidari, A., Eftekhar Saadi, Z., & Ehteshamzadeh, P. (2021). Effectiveness of painting therapy on anxiety in children with specific learning disabilities, *Caspian Journal of Pediatrics*, 7(1): 488-494.
- Roos, A. L., Goetz, T., Voracek, M., Krannich, M., Bieg, M., Jarrell, A., & Pekrun, R. (2021). Test anxiety and physiological arousal: A systematic review and meta-analysis, *Educational Psychology Review*, 33(2): 579-618.
- Sarason, S. B., Davidson, K. S., Lighthall, F. F., Waite, R. R., Ruebush, B. K. (1960). *Anxiety in Elementary school children*, New York, John Wiley & Sons.
- Scotta, A. V., Cortez, M. V., Miranda, A. R. (2021). Insomnia is associated with worry, cognitive avoidance and low academic engagement in Argentinian university students during the COVID-19 social isolation, *Psychology, Health & Medicine*, 12(56): 1-16.
- Sexton K.A. & Dugas M.J. (2008). The cognitive avoidance questionnaire: Validation of the English translation, *Journal of Anxiei Disorder*, 22(15): 335-370.
- Seyedesmaili Ghomi, N., Sharifidaramadi, P., Rezai, S., Delavar, Ali., (2020). The effectiveness of painting therapy program based mindfulness on challenging behaviors of high - functioning autism children, *Journal of Psychological Science*, 18(82): 1137-1145. [Text in Persian]
- Seyedesmaili Ghomi, N., Sharifidaramadi, P., Rezai, S., Delavar, Ali., (2021). Developing and assessing the effectiveness of painting therapy program based on mindfulness on social skills of high-functioning autism students, *Journal of School Psychology*, 10(2), 67-84. [Text in Persian]
- Sheykholeslami, A., Seyedesmaili Ghomi N. (2014). Comparing the effect of mindfulness-based stress reduction program and study skills training on the test anxiety in students. *Journal of School Psychology*, 13(2):253-266. [Text in Persian]
- Silaj, K. M., Schwartz, S. T., Siegel, A. L., & Castel, A. D. (2021). Test anxiety and metacognitive performance in the classroom. *Educational Psychology Review*, 33(4), 1809-1834.
- Wu, C., Lee, S. Y. (2020). After the intervention an evaluation and analysis of visual art therapy in the treatment of PTSD, *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 13(10): 7646-7653.
- Yadav, M. (2017). Study of achievement of senior secondary school student in relation to their emotional Intelligence creativity and family relationship, *An International Multidisciplinary Research Journal*, 7(4): 102-111.



اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر خودانتقادی و سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان با نشانگان اضطراب اجتماعی

حوری مالکی^۱، عباس جواهری محمدی^{۲*}، مسعود غلامعلی لواسانی^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر خودانتقادی و سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای نشانگان اضطراب اجتماعی انجام شد. طرح پژوهش، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری را دانش‌آموزان دختر در مقطع متوسطه دوم استان قم که دارای اضطراب اجتماعی بودند، تشکیل دادند. براساس نمره کسب شده در پرسشنامه اضطراب اجتماعی، ۳۰ نفر به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های اضطراب اجتماعی، مقیاس خودانتقادی و مقیاس سرمایه روان‌شناختی استفاده شد. جلسات مشاوره گروهی شناختی-رفتاری بر اساس پروتکل هافمن و اتو، به مدت ۱۲ جلسه ۲/۵ ساعته برای گروه آزمایش اجرا شد. پس از پایان مداخله، از هر دو گروه، پس‌آزمون و پس از ۴۵ روز آزمون پیگیری انجام گرفت. جهت تحلیل داده‌ها، روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد اثربخشی مشاوره گروهی شناختی-رفتاری بر خودانتقادی و سرمایه روان‌شناختی و اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش معنادار بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود استفاده از این روش در مدارس و نظام آموزشی، مورد توجه قرار بگیرد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب اجتماعی، خودانتقادی، سرمایه روان‌شناختی، مشاوره گروهی با رویکرد شناختی رفتاری

^۱ گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۲ نویسنده مسئول: استادیار گروه آموزشی مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۳ دانشیار گروه آموزشی مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

تعامل در اجتماع و برقراری روابط اجتماعی و میان‌فردی جنبه مهمی از زندگی انسانی است. صرفاً حاضر بودن در اجتماع موجب ایجاد رضایت در فرد نمی‌شود، بلکه لازم است که فرد بتواند بدون ترس و اضطراب از ارزیابی و قضاوت دیگران، وارد موقعیت‌های اجتماعی مختلف شود (گیلبو، کشت، پسچارد و آزولی^۱، ۲۰۲۰). افرادی که در موقعیت‌های اجتماعی اضطراب را تجربه می‌کنند، امکان دارد به اختلال اضطراب اجتماعی مبتلا باشند. اضطراب اجتماعی^۲ معمولاً در نوجوانی ظاهر می‌شود و یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است (باورز، ریدر، مرلس و بازل^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). این اختلال ترس شدید از موقعیت اجتماعی است که فرد احساس می‌کند مورد قضاوت و ارزیابی منفی اطرافیان قرار گرفته است و با نشانه‌های ترس، گریز از تعاملات اجتماعی و واکنش‌های فیزیولوژیکی نمایان می‌شود (مک‌کال، ریچاردسون، هلگادوتیر و چن^۴، ۲۰۱۸). پنجمین راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی^۵ (۲۰۱۳) در گزارش خود، شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در مردم آمریکا را حدود هفت درصد اعلام کرده است (سپهوند و مرادی، ۱۳۹۷). شمالی شهرضا، ابراهیم‌پور و بالنده (۱۳۹۹) شیوع اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان متوسطه اول شهر اصفهان را ۲/۴ درصد اعلام کردند. شیوع بالا، شروع زود هنگام و تاثیرگذاری منفی این اختلال بر فرآیند تحصیل، شغل و زندگی فرد، نشان از اهمیت پیشگیری، کنترل و درمان این اختلال دارد. همچنین طبق یافته پژوهش‌ها این اختلال با افسردگی اساسی، انواع فوبیا، اختلال اضطراب منتشر و سوء‌مصرف مواد همبودی بالایی دارد (باتلر، اودی، سوپی، هورنشتاین^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). از عوامل شناختی مهم در اختلال اضطراب اجتماعی می‌توان به خودانتقادی و ترس از ارزیابی منفی اشاره کرد (بکائیان، بلقان‌آبادی، اصغری‌نکاح و باقرزاده گل‌مکانی، ۲۰۲۲).

خودانتقادی^۷ نوعی واکنش به شکست است که شامل درون‌نگری بسیار سخت‌گیرانه و پیوسته، ارزیابی شدیداً منتقدانه از رفتار، نگرانی همیشگی در رابطه با خطا و واکنش‌های منفی درباره شکست می‌شود که خود را به شکل خودتنبیهی و خصومت نسبت به خود نشان می‌دهد (لوو، شوئنبرگ و دینگر^۸، ۲۰۲۰). افراد خودانتقادگر درباره خود باورهای منفی دارند و در افکارشان دچار تحریف‌های شناختی هستند که طبق نظر پژوهشگران، این تحریف‌های شناختی و باورهای غیرمنطقی عوامل مهمی جهت ایجاد و یا تشدید رفتارهای ناکارآمد و یا اختلالات روانی هستند (الیس^۹، ۲۰۰۴). انواع خودانتقادی، مقایسه‌ای و درونی می‌باشد. در خودانتقادی مقایسه‌ای، تمرکز فرد بر مقایسه نامطلوب خود با دیگران است و دیدی خصمانه نسبت به دیگران دارد. در خودانتقادی درونی، فرد به نقد منفی از خود در مقایسه با استانداردهای شخصی می‌پردازد (مهرافزون، ستوده‌اصل و مکوندحسینی، ۱۳۹۹).

1 Gilboa, Keshet, Peschard & Azoulay

2 social anxiety

3 Bowers, Reider, Morales & Buzzell

4 McCall, Richardson, Helgadottir & Chen

5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

6 Butler, O`Day, Swee, Horenstein

7 Self- Critical

8 Loew, Schauenburg & Dinger

9 Ellis

با توجه به اجتناب‌ناپذیر بودن حضور انسان در اجتماع، بر اهمیت شناسایی و به کارگیری عوامل موثر در کاهش این اختلالات افزوده می‌شود. سرمایه روان‌شناختی^۱ احتمالاً می‌تواند بر کاهش اضطراب و مدیریت صحیح آن به افراد کمک کند (قشقایی، حسین‌ثابت، معتمدی، ۱۳۹۹). سرمایه روان‌شناختی که برآمده از روانشناسی مثبت است، به فرد کمک می‌کند در شرایط بحران بهتر تصمیم‌گیری کند. در این صورت افراد جامعه آسیب‌پذیری و فرسودگی کمتر و رضایت و بهزیستی بالاتری را تجربه می‌کنند (ساتیسی، لودی، مگنانو، زاربو^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). سعیدی، جبل‌عاملی، گرجی و ابراهیمی (۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری موجب افزایش سرمایه روان‌شناختی در بیماران دارای دیابت گردید. محققان حوزه پیشگیری بر این عقیده‌اند که پیشگیری به معنای اصلاح ضعف‌ها نیست، بلکه تاکید بر تقویت توانمندی‌ها است. این توانمندی‌ها از انسان در برابر بیماری‌های روانی مراقبت می‌کند. هرکدام از مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی قابلیت تعریف و تقویت دارند. افراد با خودکارآمدی بالا، تمایل و توانایی بیشتری برای مقابله با تنش‌ها و افزایش تلاش و انگیزه خود برای دستیابی به اهداف را دارند (لامارچه^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). امید به افراد کمک می‌کند تا اهداف چالش‌برانگیز را تدوین کرده و در صورت برخورد با موانع، از مسیرهای جدید به آن‌ها دست یابند. افراد دارای خوش‌بینی، رویدادهای مثبت را مستقیماً به علت‌های پایدار و درونی و رویدادهای منفی را به علت‌های موقت و بیرونی نسبت می‌دهند. تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا هنگام رویارویی با شرایط ناگوار و اضطراب‌زا، به عملکرد معمولی برگردند (لوتانز و یوسف مورگان^۴، ۲۰۱۷).

درمان شناختی- رفتاری در بهبود علائم اضطراب اجتماعی، دارای حمایت‌های زیادی است و برای کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال به عنوان اولین درمان در نظر گرفته می‌شود (نورد، والند، جولستد و سالی^۵، ۲۰۲۱). خدایی، ویسکرمی و غضنفری (۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری، بر کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی و افزایش خودکارآمدی تحصیلی موثر است. مک‌اوی، هایت، بانک، ارسک‌هرن^۶ و همکاران (۲۰۲۲) نیز در پژوهش خود نشان دادند که هر دو درمان شناختی-رفتاری (مبتنی بر تصویر و مبتنی بر کلام) بر اضطراب اجتماعی تاثیر دارد و اکثر بیماران پس از درمان بهبود یافتند. به طور کلی، نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که ۵۰ درصد افراد مضطرب اجتماعی می‌توانند از درمان شناختی-رفتاری بهره ببرند (امپولکورا^۷، ۲۰۱۹). این شیوه که تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است و رویکردی آموزشی دارد، بر آموزش مهارت‌های شناختی و اصلاح فرآیند شناختی تاکید داشته و کمک می‌کند تا افراد از تفسیر افکار خود آگاه شوند (هافمن و هیز^۸، ۲۰۱۸). بنابراین فرضیه اصلی پژوهش حاضر این بود که: مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بهبود اضطراب اجتماعی، خودانتقادی و سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای نشانگان اضطراب اجتماعی موثر است.

1 Psychological capital

2 Santisi, Lodi, Magnano, Zarbo

3 Lamarche

4 Luthans & Youssef-Morgan

5 Nordh, Wahlund, Jolstedt & Sahlin

6 McEvoy, Hyett, Bank, Erceg-Hurn

7 Mpoukoura

8 Hofmann & Hayes

۱۰۰..... اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر خودانتقادی و سرمایه روان‌شناختی ...

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری (۴۵ روز پس از پس‌آزمون) با گروه کنترل بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که تمام دختران ۱۶ تا ۱۸ سال (مقطع متوسطه دوم) در حال تحصیل در دو مدرسه منطقه جعفرآباد قم که مجموعاً ۲۸۰ نفر بودند انتخاب، سپس پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی، خودانتقادی و سرمایه روان‌شناختی، جهت غربالگری به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. از میان شرکت‌کنندگان ۵۳ نفر دارای اضطراب اجتماعی متوسط تا شدید بودند (نمره ۳۰ تا ۵۰) که ۳۰ نفر از آنان که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، به طور تصادفی انتخاب و در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جای‌گذاری شدند. پس از انجام مداخله برای گروه آزمایش، از هر دو گروه، پس‌آزمون گرفته شد. پس از ۴۵ روز از اجرای پس‌آزمون، هر سه پرسشنامه جهت بررسی ثبات و باقی‌ماندن اثر مداخله، روی هر دو گروه اجرا و نتایج نهایی استخراج گردید. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مکرر به وسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از: محصل بودن در مقطع متوسطه، وجود نشانه‌های اضطراب اجتماعی (نمره پرسشنامه ۳۰ به بالا)، تمایل و رضایت دانش‌آموز و والدین او، به شرکت در جلسات مشاوره گروهی. همچنین ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: دارا بودن اختلال روان‌شناختی همبود (از طریق مصاحبه انفرادی)، مصرف داروهای روان‌شناختی، تجربه مشارکت قبلی در برنامه‌های مشابه، دریافت خدمات روان‌شناختی دیگر در حال حاضر، غیبت بیش از دو جلسه در طی دوره آموزشی و عدم تمایل به همکاری و ملاحظات اخلاقی مرتبط با این پژوهش شامل: محرمانه بودن اطلاعات، آموزش به گروه کنترل پس از پایان پژوهش و اجازه خروج به اعضا در صورت عدم تمایل به ادامه جلسات، رعایت شد.

ابزارهای پژوهش

آزمون اضطراب اجتماعی^۱ (SPIV). این آزمون توسط کانور، دیویدسون، چرچیل، شروود^۲ و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شد که دارای ۱۷ گویه بوده و شامل سه زیرمقیاس ترس^۳ (۶ گویه)، اجتناب^۴ (۷ گویه) و ناراحتی فیزیولوژیکی^۵ (۴ گویه) می‌باشد. آزمودنی به هر گویه در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (۰ تا ۴) پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات در مجموع بین ۰ تا ۶۸ می‌باشد. طبق نتایج به دست آمده برای تفسیر نمرات، نمره برش ۴۰ به بالا با دقت ۸۰ درصد و نمره برش ۵۰ به بالا با دقت ۸۹ درصد قادر به جدا کردن افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی از افراد سالم است (کانور و همکاران، ۲۰۰۳). کانور و همکاران اعتبار آزمون را به روش بازآزمایی به فاصله دو ماه در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و ضرایب همسانی درونی آن با روش آلفای کرونباخ، را در گروهی بهنجار برابر با ۰/۹۴ گزارش کردند. حسنوندموزاده (۱۳۹۵) پایایی این ابزار

1 Social Phobia Inventory

2 Connor, Davidson, Churchill, Sherweed

3 fear

4 avoidance

5 physiological discomfort

به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و اعتبار آن به روش بازآزمایی به فاصله دو هفته را ۰/۸۲ و روایی محتوایی آن را مناسب گزارش کرد. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل و خرده مقیاس‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ بدست آمد.

مقیاس سطوح خودانتقادی^۱ (LOCS). مقیاس سطوح خودانتقادی توسط تامپسون و زاروف^۲ (۲۰۰۴) ساخته شد. این مقیاس شامل ۲۲ گویه می‌باشد و دو سطح از خودانتقادی را می‌سنجد، خودانتقادی درونی^۳ (۱۰ گویه) و خودانتقادی مقایسه‌ای^۴ (۱۲ گویه). پاسخ به هر گویه روی یک طیف ۷ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۷) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین نمره‌گذاری گویه‌های ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۱ به طور معکوس انجام می‌گیرد. دامنه نمرات از ۲۲ تا ۱۵۴ می‌باشد. تامپسون و زاروف (۲۰۰۴) روایی و پایایی این پرسشنامه را روی نمونه‌ای شامل ۱۴۴ نفر ارزیابی کرده‌اند که آلفای کرونباخ به دست آمده برای خودانتقادی مقایسه‌ای ۰/۷۸ و برای خودانتقادی درونی ۰/۸۴ بود. پایایی این پرسشنامه در پژوهش عبدی، چلبیانلو و کاظمی (۱۳۹۸) با روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۳ به دست آمد. برای بررسی روایی همگرای این ابزار از مقیاس مشکلات بین شخصی استفاده شد که ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های خودانتقادی با خرده مقیاس‌های پرسشنامه مشکلات بین شخصی مثبت و معنادار محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای خودانتقادی ۰/۷۵، خودانتقادی درونی ۰/۷۱ و خودانتقادی مقایسه‌ای ۰/۶۸ بدست آمد.

مقیاس سرمایه روان‌شناختی^۵ (PCQ). مقیاس سرمایه روان‌شناختی لوتانز^۶ و همکاران (۲۰۰۷) شامل ۲۴ گویه و چهار خرده مقیاس امید^۷، تاب‌آوری^۸، خوش‌بینی^۹ و خودکارآمدی^{۱۰} است که هر خرده مقیاس دارای ۶ گویه است. پاسخ به هر گویه در طیف ۶ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۶) نمره‌گذاری می‌شود. ضمناً نمره‌گذاری گویه‌های ۱۳، ۲۰، ۲۳ به صورت معکوس انجام می‌شود. لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهش خود پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ و بازآزمون طی دوره دو هفته‌ای به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۰ گزارش کردند. در پژوهش شیخ زین‌الدین، فرخی و عباس پورآذر (۱۳۹۷)، آلفای کرونباخ برای نمره کل و خرده مقیاس‌های خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۶ و ۰/۸۱ به دست آمد و روایی محتوایی آن توسط پنج نفر از متخصصان روانشناسی تایید شد. در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۸ و برای خرده مقیاس‌های خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۵۴، ۰/۷۶ و ۰/۷۳ بدست آمد.

-
- 1 Levels of Self-Criticism Scale
 - 2 Thompson & Zuroff
 - 3 inner self-criticism
 - 4 comparative self-criticism
 - 5 Psychological Capital Questionnaire
 - 6 Luthans
 - 7 hope
 - 8 resilience
 - 9 optimism
 - 10 self-efficacy

۱۰۲..... اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر خودانتقادی و سرمایه روان‌شناختی ...

روش اجرای پژوهش

۱۲ جلسه ۲/۵ ساعته مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری، بر اساس مدل هافمن و اتو^۱ (۲۰۰۸)، هفته‌ای یک جلسه و به مدت سه ماه، به عنوان مداخله برای گروه آزمایش انجام شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر اساس پروتکل هافمن و اتو (۲۰۰۸)

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد نظر	تکلیف خانگی
		آشنایی و معرفی اعضا،		
۱	رابطه درمانی و مفهوم سازی، آشنایی با قوانین	بررسی انتظار مراجع، معرفی کلی اضطراب اجتماعی، توضیح قوانین گروه	ایجاد اعتماد و آمادگی جهت شروع درمان	مرور کاربرد معرفی اضطراب اجتماعی
۲ و ۳	آگاهی از الگوی مفهومی درمان، تحلیل موقعیت‌ها	درمان، آموزش نحوه تحلیل موقعیت‌ها، آشنایی با عوامل نگهدارنده اضطراب و راهبردهای ایمنی‌بخش	آگاهی درباره اصول درمان و توانایی تشخیص موقعیت‌های اضطراب‌زا و راهبردهای اجتنابی	تعیین موقعیت‌های اضطراب‌زا و نمره دادن به آن در کاربرد مربوطه، تمرین و آمادگی برای سخنرانی در گروه
۴ و ۵	به چالش کشیدن باورها و افکار اضطراب‌زا و تشخیص خطاهای شناختی	بررسی تکالیف، مواجهه‌های ضمن جلسه و بازخورد دادن	شناسایی خطاهای شناختی و آگاهی از رابطه افکار اضطراب‌زا	صحبت مقابل آینه و ضبط صدا، یادداشت کردن افکار و هیجانات، قبل، حین و بعد از مواجهه
۶ و ۷	آموزش مواجهه واقعی	بررسی تکالیف، مواجهه‌های ضمن جلسه، انجام برنامه-ریزی و آمادگی برای مواجهه در خارج از محیط گروه	رسیدن به سطح بالاتری از غلبه بر اضطراب	یادداشت رفتارهای قبلی و اجتناب‌ها در موقعیت‌های مختلف اضطراب‌زا و عدم استفاده از این رفتارها در تمرین-های مواجهه خانگی
۸ و ۹	پیشرفت در مواجهه واقعی	بحث درباره تمرین‌های انجام شده در خانه. بررسی اجتناب‌ها	رسیدن به سطح بالاتری از غلبه بر اضطراب	جلسات قبل، پیش‌بینی سطح حداکثر و متوسط اضطراب در حین تکلیف مواجهه-پیامدها و زمان تداوم پیامدها
۱۰ و ۱۱	پیشرفت در مواجهه واقعی و آموزش مهارت اعتمادبه نفس	بحث درباره پیش‌بینی‌ها، میزان اضطراب و رفتاری که	به چالش کشیدن پیش-بینی‌ها و پیشرفت در غلبه بر اضطراب	تمرین مواجهه (تعداد موقعیت‌ها نسبت به جلسه قبل افزایش یافت)

انجام دادند. بررسی اجتناب‌ها،

آموزش مهارت اعتماد به نفس

تاکید بر مهارت‌های مثبت

استفاده از آموزش‌های این دوره در موقعیت‌های مختلف زندگی	توانایی جلوگیری از بازگشت اضطراب اجتماعی	کسب شده اعضا در طی دوره، تفاوت بین عود و بازگشت، راه‌های جلوگیری از بازگشت	جمع‌بندی و آموزش راه‌های پیشگیری از بازگشت	۱۲
---------------------------------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	----

یافته‌ها

براساس یافته‌های جمعیت‌شناختی در گروه آزمایش، از پایه دهم، یازدهم و دوازدهم به ترتیب ۳ نفر، ۳ نفر، ۹ نفر و در گروه کنترل ۲ نفر، ۶ نفر، ۷ نفر حضور داشتند و درصد کل شرکت کنندگان هر پایه به ترتیب ۱۶۷٪، ۳۰٪ و ۵۳٪ بود. جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد متغیرها را در هر دو گروه نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین (M) و انحراف استاندارد (SD) نمرات هر سه متغیر در سه مرحله اندازه‌گیری در گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل							
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون					
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M				
خودانتقادی درونی	۰/۲۶	۶/۱۳	۰/۲۶	۴/۹۶	۰/۲۷	۵/۷۱	۰/۳۱	۵/۳۰	۰/۲۴	۴/۹۶	۰/۲۶	۶/۱۳
خودانتقادی مقایسه‌ای	۰/۴۰	۴/۸۰	۰/۲۲	۴/۴۹	۰/۲۱	۴/۶۱	۰/۱۲	۳/۹۶	۰/۲۳	۳/۷۷	۰/۴۰	۴/۸۰
خودانتقادی	۰/۳۱	۵/۳۷	۰/۰۸	۵/۰۰	۰/۱۶	۵/۰۵	۰/۱۵	۴/۵۷	۰/۲۰	۴/۳۱	۰/۳۱	۵/۳۷
خودکارآمدی	۰/۳۲	۲/۸۸	۰/۲۲	۲/۶۱	۰/۲۸	۲/۶۲	۰/۳۳	۳/۵۴	۰/۲۳	۳/۸۵	۰/۳۲	۲/۸۸
امیدواری	۰/۲۸	۳/۰۶	۰/۲۸	۲/۸۱	۰/۲۷	۲/۶۷	۰/۳۷	۳/۶۴	۰/۳۳	۴/۰۴	۰/۲۸	۳/۰۶
تاب‌آوری	۰/۲۲	۲/۶۳	۰/۳۴	۲/۵۵	۰/۵۶	۲/۴۴	۰/۲۶	۳/۳۴	۰/۳۰	۳/۷۴	۰/۲۲	۲/۶۳
خوش‌بینی	۰/۳۲	۲/۹۲	۰/۲۳	۲/۸۸	۰/۵۹	۲/۹۶	۰/۳۱	۳/۴۲	۰/۳۰	۳/۸۳	۰/۳۲	۲/۹۲
سرمایه روان‌شناختی	۰/۱۷	۲/۸۷	۰/۱۵	۲/۷۱	۰/۳۵	۲/۶۷	۰/۳۴	۳/۴۸	۰/۱۲	۳/۸۶	۰/۱۷	۲/۸۷
ترس	۰/۲۳	۳/۴۳	۰/۱۵	۲/۵۶	۰/۲۳	۳/۰۰	۰/۳۳	۱/۸۴	۰/۱۷	۱/۸۵	۰/۲۳	۳/۴۳
اجتناب	۰/۳۶	۳/۱۸	۰/۲۳	۲/۳۹	۰/۳۶	۲/۷۷	۰/۱۹	۱/۹۵	۰/۱۷	۱/۸۴	۰/۳۶	۳/۱۸
ترس فیزیولوژیک	۰/۴۱	۳/۲۸	۰/۳۳	۲/۳۶	۰/۲۹	۲/۹۰	۰/۴۶	۲/۰۵	۰/۳۵	۱/۷۸	۰/۴۱	۳/۲۸
اضطراب اجتماعی	۰/۲۵	۳/۲۹	۰/۷۲	۲/۴۴	۰/۲۲	۲/۸۹	۰/۲۰	۱/۹۴	۰/۰۹	۱/۸۲	۰/۲۵	۳/۲۹

۱۰۴..... اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر خودانتقادی و سرمایه روان‌شناختی ...

جهت بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر از آزمون‌های کالموگروف اسمیرنف، لوین، آزمون **M** باکس و کرویت ماخلی استفاده شده است. طبق نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنف، سطح معناداری برای متغیر خودانتقادی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۰/۲، ۰/۲ و ۰/۰۹، برای متغیر سرمایه روان‌شناختی ۰/۲، ۰/۲ و ۰/۲ و برای اضطراب اجتماعی ۰/۱۲، ۰/۲۱ و ۰/۲ بود. با توجه به اینکه سطح معناداری‌ها بزرگتر از ۰/۰۵ بود، فرض نرمال بودن توزیع برقرار می‌باشد. طبق نتایج آزمون لوین، سطح معناداری در هر سه متغیر و مولفه‌های آن‌ها، در هر سه مرحله سنجش، بزرگتر از ۰/۰۵ بود و بنابراین مفروضه یکسانی واریانس برقرار می‌باشد. طبق نتایج آزمون ام باکس، سطح معناداری برای هر سه متغیر، بزرگتر از ۰/۰۵ بود. بنابراین مفروضه یکسانی کواریانس رعایت شده است. مقدار χ^2 دو بدست آمده در آزمون کرویت موخلی برای اضطراب اجتماعی ۱/۱۵ و سرمایه روان‌شناختی ۰/۱۶ است که مفروضه کرویت در این دو متغیر برقرار است ($P > 0/05$). مقدار χ^2 دو در خودانتقادی ۱۷/۶۲ که مفروضه کرویت در آن برقرار نیست ($P < 0/05$) به همین جهت مقدار گرینهوس گریزر (۰/۶۶) گزارش می‌شود.

جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر درون‌گروهی و بین‌گروهی را نشان می‌دهد. بر اساس این نتایج، اثر تعامل زمان در گروه در هر سه متغیر معنادار بدست آمد ($P < 0/01$). بنابراین، نوع آموزش با گروه تعامل دارد و در سطوح مختلف تغییر می‌کند (رد فرضیه صفر و تایید فرضیه محقق). در اثر بین آزمودنی، مقدار **F** برای هر سه متغیر گروه معنادار است (۰/۰۱ $P <$). یعنی بین میانگین سه گروه در هر سه متغیر، تفاوت معناداری وجود دارد. سطح معناداری در اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی برای تمام متغیرها ۰/۰۰۱ بود ($P < 0/01$). مقادیر مجذور اتا نیز بیانگر اندازه اثر درون‌گروهی و بین‌گروهی قابل قبولی است. در نهایت اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی برای متغیرهای خودانتقادی، سرمایه روان‌شناختی و اضطراب اجتماعی نشان داد که در نمرات این متغیرها بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و این تغییرات در دوره پیگیری نیز باقی ماندند.

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

اثرات	متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	ضریب اتا
		زمان	۴/۴۰	۱/۳۲	۳/۳۱	۴۷/۶۴	۰/۶۴
درون گروهی	خودانتقادی	زمان*گروه	۴/۱۹	۱/۳۲	۳/۱۶	۴۵/۴۷	۰/۶۳
		خطا	۲/۴۰	۳۴/۵۳	۰/۰۴		
بین گروهی	خودانتقادی	گروه	۱/۸۴	۱	۱/۸۴	۷۰/۸۷	۰/۷۳
		خطا	۰/۶۷	۲۶	۰/۰۲		
درون گروهی	سرمایه روان‌شناختی	زمان	۳/۸۷	۲	۱/۹۳	۶۷/۱۹	۰/۷۲
		زمان*گروه	۳/۱۲	۲	۱/۵۶	۵۴/۲۰	۰/۶۷
بین گروهی	سرمایه روان‌شناختی	خطا	۱/۴۹	۵۲	۰/۰۲		
		گروه	۱۱/۷۴	۱	۱۱/۷۴	۱۰۳/۳۸	۰/۷۹
درون گروهی	اضطراب اجتماعی	خطا	۲/۹۵	۲۶	۰/۱۱		
		زمان	۱۶/۴۵	۲	۸/۲۲	۲۰۸/۰۲	۰/۸۸
بین گروهی	اضطراب اجتماعی	زمان*گروه	۴/۱۵	۲	۲/۰۷	۵۲/۵۸	۰/۶۶
		خطا	۲/۰۵	۵۲	۰/۰۴		
درون گروهی	اضطراب اجتماعی	گروه	۱/۲۹	۱	۱/۲۹	۴۳/۶۶	۰/۶۲
		خطا	۰/۷۷	۲۶	۰/۳۳		

همه متغیرها در سطح $P < 0/01$ معنی دار هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر خودانتقادی و سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای نشانگان اضطراب اجتماعی انجام شد. یافته اول نشان داد که مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری باعث کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دارای نشانگان اضطراب اجتماعی گردید. این یافته با نتایج پژوهش‌های خدایی و همکاران (۱۴۰۰) و مک‌اوی و همکاران (۲۰۲۲) هم‌راستا بود. طبق تعریف باورز و همکاران (۲۰۲۰) اضطراب اجتماعی، ترس شدید از موقعیت‌های اجتماعی است که فرد احساس می‌کند عملکردش مورد بررسی و ارزیابی منفی قرار گرفته است. در این اختلال، باورهایی در فرد وجود دارد که سبب می‌شود او نسبت به خویش متمرکز شده و حساس‌تر شود. این باورها به شکل شناخت منفی عمل می‌کنند. هدف اصلی این رویکرد در دانش‌آموزان مضطرب اجتماعی، تغییر و اصلاح تفکر و رفتار آنهاست، چون با تغییر شناخت‌ها، کل نظام‌های احساسی و رفتاری افراد تغییر کرده و با افزایش مهارت‌های شناختی-رفتاری، که به توانایی مقابله موثر با چالش‌ها و موقعیت‌های اضطراب‌زا کمک می‌کند، فرد توانایی کنترل و تفسیر رویداد از زوایای دیگر را

۱۰۶..... اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر خودانتقادی و سرمایه روان‌شناختی ...

پیدا می‌کند. بدین ترتیب این روش درمانی از جایگیری باورهای ناکارآمد و تخریب‌کننده در نظام شناختی فرد، جلوگیری کرده و به طور هوشیارانه به تعیین نظام خلقی و رفتاری می‌پردازد. نوجوانان در جلسات آموزشی با اصول کلی درمان، انواع و شیوه شکل‌گیری خطاهای شناختی آشنا شده و با درجه‌بندی افکار و میزان اضطراب، به تدریج شاهد کاهش آنها بوده و در جهت کنترل و در نهایت، جایگزینی افکار مثبت به جای آنها تلاش و تمرین کردند. آن‌ها در تمرین‌های مواجهه، خطاهای فکری خود را به چالش کشیده و به جای رفتارهای قبلی مانند اجتناب، رفتارهای مناسب را جایگزین کردند. همچنین در گروه، با توجه به اینکه تجارب دیگر افراد گروه نیز به اشتراک گذاشته می‌شود، افراد درمی‌یابند که دیگران نیز دچار اضطراب اجتماعی بوده و آن‌ها نیز موقعیت‌های خود را از دست می‌دهند. البته صرف قرار گرفتن در گروه در کنار همسالان، کسب توجه از طرف دیگران، اظهار نظر بدون اینکه دیگران ارزیابی کنند و تقویت ابراز وجود از سوی تسهیل‌گر گروه، به خودی خود می‌تواند در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی موثر باشد. از این رو تجربه مثبت در گروه به آن‌ها اعتماد به نفس داده و برای حضور در موقعیت‌های دیگر در خارج از گروه، کمک کننده خواهد بود. یافته دوم پژوهش نشان داد مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر خودانتقادی دانش‌آموزان دارای نشانگان اضطراب اجتماعی موثر بود و موجب کاهش آن شد. خودانتقادی که به عنوان یک ویژگی شخصیتی شناختی و منفی در مطالعات مختلف مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد، بر پایه داشتن انتظارات بالا از خود و ارزیابی منفی عملکرد خود در موقعیت‌های مختلف است (اووی و همکاران، ۲۰۲۰). افراد خودانتقادگر در مراحل مختلف زندگی، باورهای منفی درباره خود دارند. آن‌ها در افکارشان دچار تحریف‌های شناختی همچون نتیجه‌گیری شتاب‌زده، تعمیم افراطی و شخصی‌سازی امور هستند که طبق نظر پژوهشگران حوزه شناختی رفتاری، این تحریف‌های شناختی و باورهای غیر منطقی عوامل مهمی جهت ایجاد و یا تشدید رفتارهای ناکارآمد و یا اختلالات روانی هستند (الیس، ۲۰۰۴). افراد حین جلسات این تحریف‌های شناختی را شناسایی کرده و به مرور افکار مناسب و مثبت را جایگزین کردند. در این بین بازخوردی که از اعضای گروه و تسهیل‌گر جلسات دریافت می‌کردند نیز بر کیفیت و سرعت این روند افزود. یافته سوم نشان داد مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای نشانگان اضطراب اجتماعی موثر بود و موجب افزایش آن شد که با یافته پژوهش سعیدی و همکاران (۱۴۰۰) هم راستا بود. سرمایه روان‌شناختی یک حالت روان‌شناختی مثبت و رویکردی انعطاف‌پذیر نسبت به زندگی می‌باشد که دارای چهار مولفه امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی است که هر کدام از این مولفه‌ها نیز قابلیت تعریف، رشد و تقویت دارند. لوتانز نشان داد افرادی که سطح بالایی از سرمایه روان‌شناختی را دارند، تمایل و توانایی بیشتری برای رویارویی با چالش‌ها، موقعیت‌های اضطراب‌زا و افزایش تلاش و انگیزه خود جهت رسیدن به اهداف را دارند (لوتانز و همکاران، ۲۰۱۷). از آنجایی که رویکرد شناختی-رفتاری بر آموزش مهارت‌ها تاکید دارد، این مولفه‌ها و به طور کلی سرمایه روان‌شناختی در جریان جلسات آموزشی تقویت شده و برای رویارویی با چالش‌ها و موقعیت‌های اضطراب‌زا به اعضا کمک کردند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و کنترل متغیر جنسیت و پایه تحصیلی است. بنابراین، یافته‌های این پژوهش ممکن است قابل تعمیم به جامعه پسران مضطرب اجتماعی و نیز سایر مقاطع تحصیلی نباشد.

بدین ترتیب، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در این حیطه با رفع این محدودیت‌ها انجام گیرد تا نتایج با اطمینان بیشتری قابل تعمیم باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود استفاده از این روش در مدارس و نظام آموزشی، مورد توجه قرار بگیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از شرکت کنندگان محترم که در این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- حسنوند عموزاده، مهدی (۱۳۹۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس هراس اجتماعی در میان دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۲۶(۱۳۹): ۱۶۶-۱۷۷.
- خدایی، سجاد؛ ویسکرمی، حسنعلی؛ غضنفری، فیروزه. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری و آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر خودکارآمدی تحصیلی و نشانگان اضطراب اجتماعی دانشجویان علوم پزشکی. *مجله توسعه آموزش جنسی شاپور اهواز*. ۲(۱۲): ۳۵۲-۳۳۹.
- سپهوند، تورج و مرادی، فاطمه (۱۳۹۷) مقایسه تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی در نمونه‌های غیر بالینی نوجوانان با علائم اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله روانشناسی بالینی*. ۱۰(۴): ۲۳-۳۴.
- سعیدی، ابوطالب، جبل عاملی، شیدا، گرجی، یوسف، ابراهیمی، ام‌الله. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله روان‌شناسی اجتماعی*. ۹(۵۹): ۸۷-۱۰۰.
- شمالی شهرضا، مرضیه؛ ابراهیم پور، مجید؛ بالیده، مهدی (۱۳۹۹). شیوع‌شناسی اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول شهر اصفهان. *فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی*. ۱۱(۴۰): ۴۷-۵۷.
- عبدی، رضا؛ چلبیانلو، غلامرضا؛ کاظمی، سیده آرزو. (۱۳۹۸). نقش پشتیبانی، خودترددیدی و افسردگی در پیش‌بینی خود انتقادی. *رویش روان‌شناسی*. ۸(۱۲): ۵۷-۶۴.
- قشقایی، غزل؛ حسین ثابت، فریده؛ معتمدی، عبدالله. (۱۳۹۹). بررسی رابطه سرمایه‌های روان‌شناختی با اضطراب دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبائی. *دوفصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی در مدیریت*. ۶(۲): ۹۷-۱۰۹.
- مهرافزون، داریوش؛ ستوده‌اصل، نعمت؛ مکوندحسینی، شاهرخ. (۱۳۹۹). تدوین مدل علی خودانتقادی بر اساس کمال‌گرایی با واسطه‌گری ویژگی‌های شخصیتی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تهران. *فصلنامه سبک زندگی با محوریت سلامت*. ۴(۵): ۱۴۹-۱۵۶.
- هافمن، استفان؛ اتو، میشانل. (۱۳۹۶). *درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب اجتماعی*. ترجمه مسعود چینی فروشان و منصور آگشته (۱۳۹۶)، چاپ دوم. تهران: انتشارات ارجمند.
- Abdi, R., Chalabianloo, G., Kazemi, S A. (2020). The Role of regret, self-doubt and depression in predicting self-criticism. *Rooyesh*. 8(12):57-64. [Text in Persian]
- Bokaeian, M., Bolghanabadi, M., Asghari Nekah, S. M., & Bagherzadeh-golmakani, Z. (2022). Comparison of the effectiveness of group cognitive behavioral therapy and psychoanalysis on fear of negative evaluation, self-focused attention and self-criticism in students. *Journal of Psychology*, 100(4): 571-581.
- Bowers, M. E., Reider, L. B., Morales, S., Buzzell, G. A., Miller, N., Troller-Renfree, S. V., ... & Fox, N. A. (2020). Differences in parent and child report on the screen for child anxiety-related emotional disorders (SCARED): Implications for investigations of social anxiety in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(4): 561-571.
- Butler, R. M., O'Day, E. B., Swee, M. B., Horenstein, A., & Heimberg, R. G. (2021). Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Predictors of treatment outcome in a quasi-naturalistic setting. *Behavior Therapy*, 52(2): 465-477.

- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherweed, A., & Foa, E. B. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory. *British J Psychiatry*, 176(4): 379-386.
- Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc.* 21(21): 591-643.
- Ellis, A. (2004). Why rational emotive behavior therapy is the most comprehensive and effective form of behavior therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22(2), 85. DOI:10.1023/B:JORE.0000025439.78389.52
- Ghashghaee, GH., Hoseinsabet, F., Motamedi, A. (2020). Examining the relationship between psychological capital and anxiety among female students of Allameh Tabatabai university. *Journal of Psychological Research in Management*. 6(2):97-109. [Text in Persian]
- Gilboa-Schechtman, E., Keshet, H., Peschard, V., & Azoulay, R. (2020). Self and identity in social anxiety disorder. *Journal of Personality*, 88(1): 106-121.
- Hassanvand Amouzadeh, M.(2016). Validity and reliability of social phobia inventory in students with social anxiety. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 26(139): 166-177. [Text in Persian]
- Hofmann, S., & Hayes, SC. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hofmann, S., Otto, M. (2008). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder*. Translation by Chiniforushan, M & Agashteh, M. (2017). Second edition. Tehran: Arjmand publishers.
- Khodae, S., Veiskarami, H., Ghazanfari, F. (2021). A Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral training versus acceptance and commitment training in academic self-efficacy and social anxiety syndrome of medical students. *Ahvaz Jundishapur Development Magazine*. 2(12): 339-352. [Text in Persian]
- Lamarche, L., Tejpal, A., & Mangin, D. (2018). Self-efficacy for medication management: A systematic review of instruments. *Patient Preference and Adherence*, 12: 1279-1287. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S1657>.
- Loew, C. A., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2020). Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 75: 101808. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101808>
- Luthans, F., & Youssef-Morgan, C. M. (2017). Psychological capital: An evidence-based positive approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 339-366. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113324>
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60(3):541-572.
- McCall, H. C., Richardson, C. G., Helgadottir, F. D., & Chen, F. S. (2018). Evaluating a web-based social anxiety intervention among university students: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(3): e91. Doi:10.2196/jmir.8630
- McEvoy, P. M., Hyett, M. P., Bank, S. R., Erceg-Hurn, D. M., Johnson, A. R., Kyron, M. J., ... & Rapee, R. M. (2022). Imagery-enhanced v. verbally-based group cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: A randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 52(7): 1277-1286.
- Mehr Afzon D, Sotoudeh Asl N, Makvand Hosseini S.(2021). Development of a self-critical causal model based on perfectionism mediated by personality traits in the students of islamic azad university of tehran. *Islamic Life Style*. 4(5):149-156. [Text in Persian]
- Mpoulkoura, S. (2019). *Comparison Between Brief Acceptance and Cognitive Interventions: Assessing Public Speaking Performance in Socially-Anxious Individuals*. Master's thesis, Minnesota State university, Mankato.
- Nordh, M., Wahlund, T., Jolstedt, M., Sahlin, H., Bjureberg, J., Ahlen, J., ... & Serlachius, E. (2021). Therapist-guided internet-delivered cognitive behavioral therapy vs internet-delivered supportive therapy for children and adolescents with social anxiety disorder: A randomized clinical trial. *Journal of American Medical Association(JAMA). Psychiatry*, 78(7):705-713.

- Saeedi, A., Jebelameli, SH., Gorji, Y., Ebrahimi, A. (2021). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the disease and psychological capital of patients with type 2 diabetes. *Journal of Social Psychology*.9(59):87-100. [Text in Persian]
- Santisi, G., Lodi, E., Magnano, P., Zarbo, R., & Zammitti, A. (2020). Relationship between psychological capital and quality of life: The role of courage. *Sustainability*, 12(13): 5238. <https://doi.org/10.3390/su12135238>
- Sepahvand, T & Moradi, F. (2018). The Comparison of emotion regulation and cognitive flexibility in nonclinical samples of adolescents with symptoms of generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*.10(4):23-34. [Text in Persian]
- Shomali-Shahreza, M., Ebrahimpour, M., Balideh, M. (2020). Prevalence of social anxiety in first grade high school students in Isfahan. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*. 11(40): 47-57.
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of self-criticism scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2): 419-430.



© 2022 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BYNC4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

داوران این شماره

Seyedeh Monavar Yazdi	Professor of Alzahra University	استاد دانشگاه الزهرا	سیده منور یزدی
Ramazan Hassan Zade	Professor of Islamic Azad University, Sari Branch	استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری	رمضان حسن زاده
Rahim Badri Gargari	Professor of Tabriz University	استاد دانشگاه تبریز	رحیم بدری گرگری
Seyed Abilghasem Mehri Nejad	Associate Professor of Alzahra University	دانشیار دانشگاه الزهرا	سید ابوالقاسم مهری نژاد
Ghazal Zand Karimi	Assistant Professor of Refah University	استادیار دانشکده رفاه	غزال زند کریمی
Esmat Danesh	Professor of Shahid Beheshti University	استاد دانشگاه شهید بهشتی	عصمت دانش
Sajad Bashar Pour	Professor Mohaqeq of Ardebili University	استاد دانشگاه محقق اردبیلی	سجاد بشرپور
Maryam Talebi	Assistant Professor of the Non-Profit University of Babol	استادیار دانشگاه غیرانتفاعی بابل	مریم طالبی
Mah Sima Pour Shahrari	Associate Professor of Alzahra University	دانشیار دانشگاه الزهرا	مه سیما پور شهریار
Esmail Sadri Damirchi	Assistant Professor of Mohaghegh Ardebili University	استادیار دانشگاه محقق اردبیلی	اسماعیل صدری دمیرچی
Siamak Khodaei Khiavi	Farhangian University	مدرس دانشگاه فرهنگیان	سیامک خدائی خیابوی
Abbas Abolghasemi	Professor of Guilan University	استاد دانشگاه گیلان	عباس ابوالقاسمی
Mahmmod Najafi	Associate Professor of Semnan University	دانشیار دانشگاه سمنان	محمود نجفی
Zabih Pirani	Assistant Professor of Islamic Azad University, Arak Branch	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک	ذبیح پیرانی
Lyla Shameli	Assistant Professor of Salman Farsi University	استادیار دانشگاه سلمان فارسی	لیلا شاملی

In the name of
Quarterly Journal of *QOJ*
Psychological Studies

Faculty of Education and Psychology
Vol. 18, No.4, Winter 2023, Serial No.69
Alzahra University

Publisher

Alzahra University

Chief Executive

Seyed Abolghasem Mehrinejad

Chief Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Editorial Board

Hamidreza Aghamohammadian

Professor of Ferdowsi University of Mashhad

GholamAli Afrooz

Professor, University of Tehran

Jalil Babapour Khairuddin

Professor, University of Tabriz

Sajjad Basharpour

Professor of Mohaghegh Ardabili University

Mohammad Ali Besharat

Professor, University of Tehran

Ahmad Beh-Pajoo

Professor, University of Tehran

Behrooz Birashk

Associate Professor, Tehran University of Medical Science

Esmat Danesh

Professor of Shahid Beheshti University

Eleni G. Hapidou

Researcher, Michael DeGroot Pain Center, Associate Professor

(PT) Department of Psychiatry and Behavioral Neurosciences

Kianoosh Hashemian.

Associate Professor, Alzahra University

Roshanak Khodabakhsh

Associate Professor of Alzahra University

Zohre Khosravi

Professor, Alzahra University

Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand

professor of Shahid Chamran University of Ahvaz

Seyed abolghasem Mehrinejad

Associate Professor of Alzahra University

Mehrangiz Payvastegar

Associate Professor of Alzahra University

Changiz Rahimi Taghaki

Professor of Shiraz University

Seyedeh Monavar Yazdi

Professor, Alzahra University

Persian Editor

Aylin Mardanpour

English Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Statistics and methodological Adviser

GholamReza Dehshiri

Associate Professor, Alzahra University

Abbas Abdollahi

Assistant Professor, Alzahra University

Editorial Secretary

Fatemeh Vaziri

Layout Designer

Fatemeh Vaziri

Cover Designer

Parisa Shad Ghazvini

Associate Professor, Alzahra University

Publication Frequency

Quarterly

Publication Permit No.

124/1274

Peer Review Permit No.

3/2910/1069

Circulation

1,000

Address

3rd.floor, Faculty of Education

And Psychology, Alzahra

University, Vanak,

Tehran, Iran

P.O. Box

19935/663

TeleFax

+98 (21) 88041463

Home page:

<http://psychstudies.alzahra.ac.ir>

E-mail

psychstudies@alzahra.ac.ir

Journal of Psychological studies is indexed in ISC, Iran Journal and has been allocated an impact factor by ISC.

Abstracts

- 7-18
- Comparison the Effectiveness of Integrated Transdiagnostic and Solution-Focused Intervention Methods on Suicidal Thoughts**
Asad Asadi Hasanvand; Esmail Sadri Damirchi; Hossein Ghamari Kivi;
Ali Sheikholislamy
- 19-29
- Predicting the Depression Symptoms by Childhood Traumas in Male Students**
Mehdi Ahmadi; Mohammad Mahdi Shariat Bagheri; Mehdi Rezaei;
Samaneh Khazaei
- 31-43
- Abnormal Personality Patterns and Their Clinical Symptoms in Psychiatric Patients and Those Diagnosed Both Psychiatric and Substance Use Disorders**
Haniyeh Atashipour; Zeinab Khosrojerdi; Ehsan Taheri; Fereshteh Momeni
- 45-56
- Prediction of Self-Injury Behaviors Based on Impulse Control, Internalized Shame and Rumination in Adolescents Referred to Harm Reduction Centers**
Mozhgan Abbasi Abrazgah; Majid Zargham Hajebi; Alireza Aghayousefi
- 57-69
- Comparison of the Effects of Mode Deactivation Therapy and Emotion Regulation on the Negative Self-Concept in Teenagers with Emotional Dysregulation**
Rashin Rajaei; Mahdi Zare Bahramabadi; Mohammad Raza Abedi
- 71-83
- The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Alexithymia and Psycho -somatic Complaints in Patients of COVID-19 under Home Treatment**
Marziyeh Rahmannedzhad Sarabi; Asghar Jafari
- 85-96
- The Effectiveness of Painting Therapy Based on Mindfulness on Cognitive Avoidance of Female Students with Test Anxiety Disorders**
Alireza Hoseyni Sadr; Arefe Mohamadnezhad Devin; Matine Ebadi;
Sajjad Basharpour
- 97-109
- The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Self-Critical and Psychological Capital of Students with Social Anxiety Syndrome**
Hoori Maleki; Abbas Javaheri Mohammadi; Masuood Gholamali Lavasani




Comparison the Effectiveness of Integrated Transdiagnostic and Solution-Focused Intervention Methods on Suicidal Thoughts in Sexual Assaulted Victims

Asad Asadi Hasanvand¹; Esmail Sadri Damirchi^{*2}; Hossein Ghamari Kivi³;
Ali Sheykholeslami⁴

Abstract

The present study was conducted with the aim of Comparison the effectiveness of integrated Transdiagnostic and solution-focused intervention methods on suicidal thoughts in Sexual assault victims. This semi-experimental research was expanded with two experimental groups and one control group, which was done using pre-test, post-test and follow-up methods. Based on this, three groups of 12 people were selected from the women sexual assaulted victims who referred to Ahvaz city counseling centers and randomly assigned to groups. At first, a pre-test was performed on the participants, then the independent variable of Transdiagnostic intervention was implemented individually on the 1st experimental group and solution-oriented on the 2nd experimental group. And after the end of the trainings, the post-test was conducted with an interval of one week. And after one month of the post-test, the follow-up test was conducted. In order to collect information, Beck's suicidal ideation questionnaire was used, And the collected data was analyzed using analysis of variance with repeated measurements. The findings showed that both methods reduce suicidal thoughts in clients, and transdiagnostic intervention had more and meaningful effect than solution-focused intervention.

Keywords: Integrated transdiagnostic method, solution-focused method, suicidal thoughts

-
1. Ph.D student of Counseling, Department of counseling, Faculty of Education and psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
 2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of counseling, Faculty of Education and psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran 
 3. Professor, Department of counseling, Faculty of Education and psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
 4. Associate Professor, Department of counseling, Faculty of Education and psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran



Predicting the Depression Symptoms by Childhood Traumas in Male Students

Mehdi Ahmadi¹; Mohammad Mahdi Shariat Bagheri², Mehdi Rezaei³,
Samaneh Khazaei⁴


Abstract

The purpose of this study was to predict the depression symptoms in male students by childhood trauma. The research method was descriptive correlational. The study population consisted of all male elementary and secondary high school students in public schools of Robat Karim (Tehran Province) during the academic year of 2020-2021. 310 students were selected by multi-stage random sampling and answered to the Childhood Trauma Questionnaire and Children's Depression Inventory. Data were analyzed through the Pearson correlation and standard regression. The results of this study showed that the linear combination of childhood trauma variables (emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect and physical neglect) predict student depression significantly. Among childhood traumas, emotional abuse and physical abuse predict depression in students significantly. Physical neglect, emotional neglect and sexual abuse did not predict depression symptoms significantly. The present model was also able to explain 25% of the variance of depression in students. Findings of this study support the significant role of emotional abuse and physical abuse on depression symptoms. Therefore, considering the childhood trauma is recommended to clinicians in the treatment of student depression.

Keywords: Childhood trauma, depression symptoms, students

¹ M.A in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahed University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Clinical-Educational Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Birjand, Birjand, Iran 

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Birjand, Birjand, Iran



Abnormal Personality Patterns and Their Clinical Symptoms in Psychiatric Patients and Those Diagnosed Both Psychiatric and Substance Use Disorders

Haniyeh Atashipour¹; Zeinab Khosrojerdi^{ID #2}; Ehsan Taheri³; Freshteh Momeni⁴

Abstract

The purpose of this research was to compare abnormal personality patterns and clinical symptoms of patients with psychiatric disorders and patients with a comorbid diagnosis of psychiatric disorders and substance use disorders. To do the research, a post-hoc-comparative approach was applied to 200 convenient samples, including 100 patients with psychiatric disorders and 100 ones with a comorbid diagnosis of psychiatric disorders and substance use disorder. The samples were chosen from patients admitted to psychiatric hospitals in Tehran, from April 2018 to March 2019. In order to collect the data, Demographic Information Questionnaire, Millon Clinical Multiaxial Inventory III. and Mental Status Examination based on DSM-V criteria were applied. The results which were analyzed by Multivariate Analysis of Variance showed a meaningful difference between the two groups in terms of abnormal personality patterns and Milon's clinical symptoms. According to the findings, it is recommended that the difference in the abnormal personality patterns and clinical symptoms of the two groups be taken into consideration in the pharmacological and psychotherapy interventions of psychiatric disorders and comorbid disorders with substance use. Therefore, considering this dimension of disorders can lead to choosing a more comprehensive treatment approach.

Keywords: Abnormal personality patterns, Clinical symptoms, psychiatric \ substance use disorder

¹ Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran

² Corresponding Author: Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran ✉

³ Ph.D. Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran



Prediction of Self-Injury Behaviors Based on Impulse Control, Internalized Shame and Rumination in Adolescents Referred to Harm Reduction Centers

Mozhgan Abbasi Abrazgah¹; Majid Zargham Hajebi^{2*}; Alireza Aghayousefi³

Abstract

The aim of the study was to predict self-injury behaviors based on impulse control, internalized shame and rumination in adolescents referred to harm reduction centers. The descriptive-correlation research method was regression analysis type. The statistical population of the research was adolescents aged 14 to 18 years who referred to harm reduction centers in Tehran in 2022 with a number of 1365 people. In order to select the research sample, 300 people were selected by simple random sampling method. The research tools were self-harm, impulsivity, rumination and internalized shame questionnaires. For data analysis, Pearson correlation and multiple linear regression were used simultaneously. The results showed that there was a positive and significant relationship between impulse control, rumination and internalized shame with self-harming behaviors. Internalized shame had the highest and motor impulsivity the lowest predictability. Rumination had no part in this prediction. Decreased impulse control and increased internalized shame caused an increase in self-injurious behaviors in adolescents. Based on the findings of the research, it is suggested to use training programs to reduce impulsivity in dealing with internalized shame and related problems.

Keywords: Adolescents, impulse control, internalized shame, rumination, self-injurious behaviors

1.PhD student, General Psychology, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

2.Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran. ✉

3.Associate Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.



Comparison of the Effects of Mode Deactivation Therapy and Emotion Regulation on the Negative Self-Concept in Teenagers with Emotional Dysregulation

Rashin Rajaei¹; Mahdi Zare Bahramabadi²; Mohammad Reza Abedi³

Abstract

One of the most important issues that teenagers face is the problems related to the dysregulation of emotions and its effect on people's self-concept. In this research, the effectiveness of mode deactivation therapy and emotion regulation on the negative self-concept of teenagers with emotion dysregulation was compared. 30 teenagers referring to the clinics of Isfahan city were selected through interviews and obtaining a high score (90) in the emotion regulation difficulty questionnaire and placed in three groups (10people), of mode deactivation therapy, emotion regulation, and control. The intervention groups received 8 sessions of 90 minutes in a period of 8 weeks, and the control group did not receive intervention. Before and after the intervention, all people answered the Rogers self-concept questionnaire. The obtained data were tested using univariate covariance analysis. The findings of the research showed that the emotion regulation therapy was able to reduce the negative self-concept of teenagers, while mode deactivation therapy was not effective. The results of the research showed that emotion regulation intervention is more effective than mode deactivation in reducing the negative self-concept of teenagers

Keywords: Emotional dysregulation, emotion regulation, mode deactivation therapy, self-concept

1. PhD student of Department of Counseling, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Counseling, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran ✉
3. Professor, Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran



The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Alexithymia and Psycho-somatic Complaints in Patients of COVID-19 under Home Treatment


Marziyeh Rahmannedhad Sarabi ^{id}1; Asghar Jafari* ^{id}2

Abstract

The purpose of this research was to compare abnormal personality patterns and clinical symptoms of patients with psychiatric disorders and patients with a comorbid diagnosis of psychiatric disorders and substance use disorders. To do the research, a post-hoc-comparative approach was applied to 200 convenient samples, including 100 patients with psychiatric disorders and 100 ones with a comorbid diagnosis of psychiatric disorders and substance use disorder. The samples were chosen from patients admitted to psychiatric hospitals in Tehran, from April 2018 to March 2019. In order to collect the data, Demographic Information Questionnaire, Millon Clinical Multiaxial Inventory III, and Mental Status Examination based on DSM-V criteria were applied. The results which were analyzed by Multivariate Analysis of Variance showed a meaningful difference between the two groups in terms of abnormal personality patterns and Milon's clinical symptoms. According to the findings, it is recommended that the difference in the abnormal personality patterns and clinical symptoms of the two groups be taken into consideration in the pharmacological and psychotherapy interventions of psychiatric disorders and comorbid disorders with substance use. Therefore, considering this dimension of disorders can lead to choosing a more comprehensive treatment approach.

Keywords: Abnormal personality patterns, Clinical symptoms, psychiatric \ substance use disorder

¹ MSc. In Family Counseling, Research and Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Corresponding Author: Asistant Professor, Department of Psychology, University of Kashan, Kashan, Iran 



The Effectiveness of Painting Therapy Based on Mindfulness on Cognitive Avoidance of Female Students with Test Anxiety Disorders

Alireza Hoseyni Sadr ^{id}*1; Arefe Mohamadnezhad Devin ^{id}2; Matine Ebadi ^{id}3;
Sajjad Basharpour ^{id}4

Abstract

The purpose of the research was to the effectiveness of painting therapy based on mindfulness on cognitive avoidance in students with test anxiety disorders. The present study was quasi-experimental and the statistical population was all female students in the mid-school in district 9 of Tehran during the academic year 2021-2022. A sample of 30 girls with test anxiety, identified by using the test anxiety questionnaire, were selected using the convenience sampling method and random assignment in two groups (15 girls in each the control group and the experimental group). The experimental group was trained in painting therapy based on mindfulness (10 sessions of 60 minutes) and the control group was not trained. The test anxiety questionnaire was used to identify the target sample and the cognitive avoidance questionnaire and the painting therapy protocol based on mindfulness were used. Descriptive statistics, univariate and multivariate covariance analysis, and eta squared results showed that drawing therapy based on mindfulness reduced cognitive avoidance in students. Therefore, painting therapy based on mindfulness is recommended as a psychological intervention to improve the cognitive avoidance of students with test anxiety and increase mental health.

Keywords: Cognitive avoidance, mindfulness-based painting therapy, test anxiety

1. Corresponding Author: Instructor, Department of Art, Faculty of Literature and Humanities, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. ✉

2. PhD student in psychology. Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

3. PhD student in psychology. Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

4. Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.



The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Self-Critical and Psychological Capital of Students with Social Anxiety Syndrome

Hoori Maleki¹; Abbas Javaheri Mohammadi^{2*}; Masoud Gholamali Lavasani³

Abstract

The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of group counseling with a cognitive-behavioral approach on self-criticism and psychological capital of students with social anxiety syndrome. The research design was semi-experimental with pre-test, post-test and follow-up with a control group. The statistical population was made up of girls studying in the second secondary level in Qom province who had social anxiety. Among them, 30 people were randomly assigned to the experimental and control groups. To collect data, the social anxiety scales, the self-criticism scale and the psychological capital scale were used. In this study, cognitive-behavioral group counseling based on the protocol of Hoffman and Otto was conducted on the experimental group for 12 sessions of 2.5 hours. After the end of the intervention, a post-test and after 45 days, a follow-up test were conducted on both groups. To analyze the data, repeated measurement variance analysis method were used. The results showed that the effect of cognitive-behavioral group counseling on self-criticism and psychological capital and social anxiety on the experimental group was significant. Therefore, it is suggested that use of this method in schools and educational system should be considered.

Keywords: Social anxiety, self-criticism, psychological capital, group counseling with a cognitive-behavioral approach

1.M.A Of School Councelling, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. ✉

3. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.