



مطالعات روان‌شناختی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره پیاپی ۵۹، دوره ۱۶، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۹

صاحب امتیاز:

دانشگاه الزهراء (س)، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

مدیر مسئول:

سید ابوالقاسم مهری نژاد

دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

سر دبیر:

سیده منور یزدی

استاد دانشگاه الزهراء (س)

هیأت تحریریه:

غلام‌علی افروز

استاد دانشگاه تهران

محمدعلی بشارت

استاد دانشگاه تهران

احمد به پژوه

استاد دانشگاه تهران

بهروز بیرشک

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

مهرانگیز پیوسته‌گر

دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

روشنک خدابخش

دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

زهره خسروی

استاد دانشگاه الزهراء (س)

عصمت دانش

استاد دانشگاه شهید بهشتی

کیانوش هاشمیان

دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

سید ابوالقاسم مهری نژاد

دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

النی جی هیبدو

محقق مرکز درد مایکل DeGroot، دانشیار (PT) گروه

روان‌پزشکی و علوم اعصاب رفتاری

سیده منور یزدی

استاد دانشگاه الزهراء (س)

ویراستار فارسی:

رقیه نظری

ویراستار انگلیسی:

سیده منور یزدی

مشاور آمار و روش تحقیق:

عباس عبدالهی

استادیار دانشگاه الزهراء (س)

مدیر اجرایی:

مهرانگیز پیوسته‌گر

دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

دبیر اجرایی:

رقیه نظری

طراح و صفحه‌آرا:

قاسمی (رها)

طراح جلد:

پریسا شاد قزوینی

دانشیار دانشگاه الزهراء (س)

ناشر:

دانشگاه الزهراء (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 الزهراء،

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، طبقه سوم

صندوق پستی:

۱۹۹۳۵/۶۶۳

تلفکس:

+ ۹۸ (۲۱) ۸۸۰۴۱۴۶۳

وبگاه:

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

پست الکترونیک:

psychstudies@alzahra.ac.ir

بها: دسترسی رایگان از وبگاه مجله

این فصل‌نامه در پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) و نیز ایران‌ژورنال (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 الزهراء (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 روان‌شناختی اعطا و در تاریخ
۱۳۹۱/۸/۲۸ تمدید اعتبار و ابلاغ شد.

فصل نامه مطالعات روان‌شناختی در پایگاه‌های اطلاعاتی زیر نمایه می‌شود.
- پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی www.sid.ir
- پایگاه اطلاعات نشریات کشور www.magiran.com
- پایگاه مجلات تخصصی، مرکز تحقیقات علوم اسلامی www.noormags.com
- بانک اطلاعات پژوهشی بهداشت روان کشور www.iranpsych.tums.ac.ir

شرایط پذیرش مقاله‌ها

- **موضوع نشریه:** اختلالات روان‌شناختی و مداخلات روان‌درمانی
- مقاله‌ها تایپ شده (شامل چکیده و فهرست منابع) در حداکثر ۱۵ صفحه و ۵۰۰۰ واژه باشد.
- فاصله سطرها ۵/۱ و با فونت B lutos و سایز قلم ۱۲ باشد.
- اندازه قلم تیتراها ۱۴ باشد.
- 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 کردن نویسنده مسئول مقاله، به فارسی و انگلیسی الزامی است.
- **چکیده فارسی و انگلیسی:** منطبق با هم در ۲۰۰ تا ۲۵۰ واژه در یک پاراگراف بدون تیتربندی و بولد نشده شامل هدف، روش پژوهش (طرح پژوهش، جامعه، نمونه و ابزار) یافته‌ها و نتیجه‌گیری نهایی / پیشنهاد تهیه و تنظیم شود.
- **کلیدواژه‌ها:** حداکثر ۵ واژه و مرتبط با موضوع مقاله به ترتیب الفبایی باشد.
- متن تایپ شده کامل و نهایی مقاله و چکیده‌های آن، به صورت فایل با ساختار Word2010 از طریق سایت فصل‌نامه مطالعات روان‌شناختی <http://psychstudies.alzahra.ac.ir> فرستاده شود.
- **مقدمه:** شامل بیان مسأله، مبانی نظری و پیشینه پژوهش (با استناد به پژوهشگران بر اساس شیوه APA)، اهداف، پرسش‌ها یا فرضیه (های) پژوهش.
- **روش:** شامل طرح پژوهش و توصیح کامل جامعه آماری، تعداد نمونه، دلیل روش نمونه‌گیری، روش اجرایی پژوهش، شرح کامل ابزار اندازه‌گیری «روایی و پایایی» و واریس پایایی ابزارها با نمونه پژوهش کنونی.
- **یافته‌ها:** شامل نتایج پژوهش همراه با جدول‌ها (حداکثر ۵ جدول) و نمودارها با پیروی از راهنمای عمومی APA (ارائه توصیف یافته‌های هر جدول یا نمودار قبل از ارائه جدول و نمودار مذکور).
- **بحث و نتیجه‌گیری:** تبیین یافته‌ها بر اساس مبانی نظری مطرح شده در قسمت مقدمه پژوهش و مقایسه با پژوهش‌های قبل مطرح شده در مقدمه برای فرضیه‌ها یا متغیرهای پژوهش، جمع‌بندی از تفسیر یافته‌ها، انتقاد و بیان محدودیت‌ها و پیشنهادها.
- **تقدیر و تشکر:** در پایان قسمت بحث و نتیجه‌گیری در یک پاراگراف بسیار کوتاه از افراد یا سازمان‌هایی که در اجرای پژوهش همکاری کرده‌اند، تقدیر و تشکر شود.
- **پانوشته‌ها:** شامل توضیحات و معادل لاتین اصطلاحات (تمامی کلمه با حروف کوچک) و اسامی مؤلفانی، که در متن نام آن‌ها به کار برده شده پایین هر

صفحه (اولین حرف با حروف بزرگ و بقیه با حروف کوچک) با شماره‌های مجزا برای هر صفحه.

- **منابع داخلی و خارجی** که در متن مقاله از آن‌ها استفاده شده است در فهرست منابع، بر اساس ضوابط نگارشی APA ارائه شوند:

الف- کتاب: نام خانوادگی، حرف یا حروف اول نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار، عنوان کتاب به صورت ایتالیک، محل چاپ و ناشر.

ب- مقاله: نام خانوادگی، حرف یا حروف اول نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار. عنوان مقاله، نام نشریه به صورت ایتالیک، شماره و دوره (سال)، شماره صفحه‌ها.

- **منابع فارسی** 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 و نام نویسنده (نویسندگان) سال انتشار، عنوان مقاله، نام نشریه به صورت ایتالیک، شماره و دوره (سال) شماره صفحه‌ها.

پایان‌نامه - نام خانوادگی و نام نویسنده (سال). عنوان پایان‌نامه به صورت ایتالیک، نام دانشگاه، مقطع و نام رشته.

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

- 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.

ملاحظات

- هیئت تحریریه مجله در رد یا قبول مقالات دریافت شده آزاد است.
- مجله در ویرایش، اصلاح و هماهنگ سازی اصطلاحات علمی مقاله، به گونه‌ای که مفاهیم آن تغییر نیابد آزاد است.
- ترتیب تنظیم مقالات تأیید شده برای چاپ، بنا به نظر هیأت تحریریه مجله خواهد بود.

فهرست

- اثر بخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی و دشواری
در تنظیم هیجان: مطالعه تک آزمودنی
۲۴-۷
- سیده معصومه علوی، پروین رفیعی نیا، شاهرخ مکوند حسینی و پرویز صباحی
آسیب‌های دل‌بستگی و افسردگی: نقش واسطه‌ای احساس خشم
محمدعلی بشارت، فاطمه رئیسی و هادی فرهمند
۲۵-۴۰
- اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر سوگیری توجه و بازداری هیجانی زنان مبتلا به
اختلال اضطراب اجتماعی
بهزاد تقی‌پور، سجاد بشرپور، رقیه برزگران، نرجس زارع و نعمت زالی کره‌ناب
نقش رگه‌های سرشت و منش، نیازهای بنیادی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری
روان‌شناختی در سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان اتیسم
محمد نریمانی، نوشین فایضی، جمال سوره و وحید فلاحی
۴۱-۵۶
- مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر
کاهش تحریف‌های شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی
المیرا کیانی‌پور، فریبا حسینی، امیرمحسن راه‌نجات و افسانه قنبری‌پناه
مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، نگرانی، فراخلق و نارسایی‌های شناختی در افراد با و
بدون اختلال اضطراب فراگیر
عباس ابوالقاسمی، رعنا لطفی‌بخش و مینا طاهری‌فرد
۹۱-۱۰۸
- نقش واسطه‌ای بی‌حوصلگی و ترس از در حاشیه ماندن در رابطه بین نشانگان
افسردگی و استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه
سلمان زارعی
۱۰۹-۱۲۴
- اثر بخشی طرحواره درمانی بر بهبود اسنادهای ارتباطی و عملکرد جنسی زنان
آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی همسر
حسین الهایی، کبری کاظمیان مقدم و همایون هارون رشیدی
۱۲۵-۱۴۰
- مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌مدار بر کیفیت زندگی
و افسردگی دختران جوان
زهرا زاهدی، دکتر احمد امانی، دکتر آرمان عزیزی، غفار نصیری هائیس، فاطمه زارعین و نرگس ویژه راوری
تأثیر اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی بر اجتناب تجربی و تحمل پریشانی مردان
ندامتگاه مبتلا به افسردگی اساسی
رضا عسگری و شهناز خالقی‌پور
۱۴۱-۱۵۶
- ۱۵۷-۱۷۲

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال
اضطراب اجتماعی و دشواری در تنظیم هیجان: مطالعه
تک آزمودنی

سیده معصومه علوی^۱، پروین رفیعی‌نیا^{۲*}،
شاهرخ مکوند حسینی^۳ و پرویز صباحی^۴

چکیده

درمان فراتشخیصی یکپارچه یکی از درمان‌های روان‌شناسی جدید است که اثر آن بر بسیاری از اختلالات هیجانی تأیید شده است؛ پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی و دشواری در تنظیم هیجان در مبتلایان به این اختلال انجام شد. پژوهش حاضر از نوع طرح‌های تک‌آزمودنی خط پایه بود که جامعه آماری آن را تمامی بیماران دارای اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی شهر نیشابور در سال ۱۳۹۶ تشکیل داد که از بین این افراد ۲ فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، به‌صورت هدفمند و براساس ارزیابی چندبعدی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. این افراد طی ۱۵ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه قرار گرفتند و در مراحل خط پایه، سنجش دوم، سوم و چهارم با استفاده از پرسشنامه هراس اجتماعی کانور و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر ارزیابی شدند. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از شاخص درصد بهبودی، درصد کاهش نمرات، شاخص تغییرپذیری کوهن، اندازه اثر و تحلیل دیداری تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که هر دو شرکت‌کننده در طی درمان و پس از درمان، کاهش قابل‌توجهی را در نمرات علائم اضطراب اجتماعی و دشواری در تنظیم هیجان تجربه کردند؛ براساس نتایج پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌تواند برای کاهش علائم اضطراب اجتماعی و دشواری در تنظیم هیجانی این بیماران پیشنهاد شود.

کلید واژه‌ها: اضطراب اجتماعی، درمان فراتشخیصی یکپارچه، دشواری در تنظیم هیجان

۱. دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
alavi.raheleh@gmail.com

۲. * نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
p_rafieinia@semnan.ac.ir

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
shmakvand@semnan.ac.ir

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
p_sabahi@semnan.ac.ir

DOI: 10.22051/psy.2020.23008.1774

https://psychstudies.alzahra.ac.ir

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱، از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی است (لیچسرنینگ و لویک^۲، ۲۰۱۷)؛ مشخصه اصلی این اختلال ترس شدید و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی است که موجب شرمساری فرد در حضور این موقعیت‌ها و در نهایت اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). این اختلال بسیار ناتوان‌کننده است که منجر به مختل شدن بسیاری از جنبه‌های زندگی، و در موارد شدید به کاهش چشمگیر کیفیت زندگی فرد منجر می‌شود (دریمن، گاردنر، ویکس و هیمبرگ^۴، ۲۰۱۶).

با توجه به شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی و مشکلات زیاد مبتلایان، شناخت عوامل مؤثر بر آن اهمیت فراوانی دارد. برخی از فرایندهای آسیب‌شناختی وجود دارد که در همه اختلالات دخیل هستند؛ به این عوامل آسیب‌شناختی مشترک، عوامل فراتشخیصی^۵ می‌گویند. مشکلات در تنظیم هیجان یکی از این عوامل فراتشخیصی مشترک در بین اختلالات روانی و مخصوصاً اختلال اضطراب اجتماعی است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷^۶).

دشواری در تنظیم هیجان یک مفهوم گسترده است که ناتوانی در پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی و فقدان آگاهی هیجانی را شامل می‌شود (گراتز و رومر^۶، ۲۰۰۴). نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داده است که اختلال اضطراب اجتماعی، ارتباط زیادی با دشواری در تنظیم هیجان دارد (به عنوان مثال، بلالوک، کشدان و فارمر^۷، ۲۰۱۶؛ کلمنسکی، کورتیس، مک لوگلین و نالن-هاکسیما^۸، ۲۰۱۷) و افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، خزانه محدودی از راهبردهای تنظیم هیجان دارند (هللیگ-لانگ، روسچ و لینکلن^۹، ۲۰۱۵). در چند دهه اخیر،

-
1. Social anxiety disorder
 2. Leichsenring and Leweke
 3. American psychiatric association
 4. Dryman, Gardner, Weeks and Heimberg
 5. Transdiagnostic factors
 6. Gratz and Roemer
 7. Blalock, Kashdan and Farmer
 8. Klemanski, Curtiss, McLaughlin and Nolen-Hoeksema
 9. Helbig-Lang, Rusch and Lincoln

برای کاهش اضطراب اجتماعی، از شیوه‌های متعددی، نظیر شیوه شناختی-رفتاری و تکنیک‌هایی مانند، تن‌آرامی، حساسیت‌زدایی منظم و غرقه‌سازی استفاده شده است (هافمن و اوتو^۱، ۲۰۱۷). با این حال، نتایج نشان می‌دهد که این درمان‌ها فقط تا حدودی موفق بوده‌اند و بیشتر مراجعان بخشی از علائم را پس از درمان نیز تجربه کرده‌اند (اولندیکف ویت، ریچی، کیم-اسپون^۲ و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از درمان‌های مؤثر روان‌شناختی که توانسته است روی طیف وسیعی از اختلالات هیجانی اثربخش باشد، درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر^۳ بارلو، الارد و پرلهولم^۴ (۲۰۱۰) است که جدیدترین نسخه آن در سال ۲۰۱۷ ارائه شده است (بارلو، فارچيون، سواير-زاوالا^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). درمان فراتشخیصی یکپارچه با توجه به محدودیت درمان‌های شناختی-رفتاری اختصاصی موجود و برای افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی، به ویژه اختلال‌های خلقی و اضطرابی طراحی شده است و در آن از اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای انواع این اختلال‌ها استفاده می‌شود. درمان مذکور، یک درمان شناختی-رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان است؛ در این درمان با تأکید بر هیجان‌ها و ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان‌ها، سعی در شناسایی و اصلاح کوشش‌های غیرانطباقی برای تنظیم تجارب هیجانی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷^b) می‌شود.

درمان فراتشخیصی یکپارچه، شامل پنج بخش درمانی اصلی است که عبارتند از: (۱) آگاهی هیجانی مبتنی بر حال، (۲) انعطاف‌پذیری شناختی، (۳) اجتناب هیجانی و رفتارهای برخاسته از هیجان، (۴) آگاهی از احساس‌های بدنی و تحمل آن‌ها و (۵) مواجهه هیجانی درون‌زاد (ذهنی) و مبتنی بر موقعیت (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷^a).

نتایج برخی پژوهش‌ها (دیر، استاپلس، تریدس و فوگلیاتی^۶ و همکاران، ۲۰۱۶، تالکووسکی، گرین، اوسیکودا و نورتون^۷، ۲۰۱۷؛ زمستانی و ایمانی، ۱۳۹۵)، بیان‌کننده

-
1. Hofmann and Otto
 2. Ollendick, White, Richey and Kim-Spoon
 3. Barlow's unified transdiagnostic (UP)
 4. Barlow, Ellard and Fairholme
 5. Farchione, Sauer-Zavala and Latin
 6. Dear, Staples, Terides and Fogliati
 7. Talkovsky, Green, Osegueda and Norton

اثر بخشی این پروتکل بر بهبود علائم اختلال‌های هیجانی و مخصوصاً اختلالات اضطرابی است. تالکووسکی و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که ۱۲ جلسه درمان فراتشخیصی موجب کاهش معنادار علائم اضطراب و افسردگی، عاطفه منفی، بازداری رفتاری و مشکلات تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی شده است. همچنین نتایج پژوهش زمستانی و ایمانی (۱۳۹۵) نشان داد که درمان فراتشخیصی در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نیز تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان در افراد مبتلا به حداقل یک اختلال اضطرابی و یک اختلال افسردگی (به صورت همبود) اثربخش است.

با توجه به اینکه اختلال اضطراب اجتماعی شایع‌ترین اختلال روانی است که می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد مبتلا را مختل کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و همچنین با توجه به اینکه دشواری در تنظیم هیجان به عنوان یکی از عوامل فراتشخیصی، در این اختلال نقش دارد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷_b)، و به دلیل اینکه پژوهش‌های اندکی در زمینه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه روی علائم اختلال اضطراب اجتماعی و دشواری در تنظیم هیجان در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شده است و محل اجرای این پژوهشها نیز در خارج از ایران بود، اجرای پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، در پژوهش حاضر این سؤال بررسی شد که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی و دشواری در تنظیم هیجان تأثیر دارد؟ و فرض می‌شود که (۱) درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است و (۲) درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است.

روش

طرح پژوهش حاضر، تجربی با روش تک‌آزمودنی با تکرار A-B همراه با خط پایه و مراحل مداخله بود. بعد از خط پایه، درمان یکپارچه فراتشخیصی بارلو برای دو شرکت‌کننده انجام شد. شرکت‌کننده‌ها در جلسه پنجم، دهم و پانزدهم مورد سنجش قرار گرفتند.

جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خدمات مشاوره، روان‌شناختی و روان‌پزشکی شهر نیشابور در سال ۱۳۹۶ تشکیل

داد که از میان این افراد، ۲ نفر که براساس ارزیابی چندبعدی (پرسشنامه هراس اجتماعی کانور و همکاران، مصاحبه بالینی و نظر روان‌پزشک) تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را دریافت کرده بودند و دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند (داشتن سن حداقل ۱۸ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، نداشتن سایر اختلالات روان‌شناختی به جز گروه اختلالات هیجانی، نداشتن قصد و تمایل به خودکشی، نداشتن درمان دارویی ثابت برای حداقل ۱۲ هفته و استفاده نکردن از داروهایی که به طور مستقیم بر کارکرد قلبی یا سایر کارکردهای فیزیولوژیک دخیل در اضطراب اثر می‌گذارند) و تمایل آگاهانه و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش داشتند، برای شرکت در پژوهش، به صورت هدفمند انتخاب شدند. ملاک خروج نیز شامل دریافت درمان‌های روان‌شناختی همزمان و عدم تمایل به ادامه دادن درمان بود. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی از مراجعان رضایت گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد هر زمان تمایل داشته باشند می‌توانند از مداخله خارج شوند و نتایج پژوهش بدون ذکر نام گزارش می‌شود. ابزارهای گردآوری اطلاعات عبارت بودند از:

مصاحبه بالینی ساختاریافته^۱: مصاحبه مذکور یک ابزار جامع و استاندارد است که برای ارزیابی اختلالات اصلی روان‌پزشکی براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV طراحی شده است (فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز^۲، ۱۹۹۷). پایایی این ابزار بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش شده است (سادوک^۳ و سادوک، ۲۰۰۳). همچنین در مطالعه‌ای، به منظور بررسی روایی و پایایی این ابزار برای استفاده در کارهای بالینی، مشخص شد که این ابزار می‌تواند برای تضمین یک تشخیص پایا و دقیق استفاده شود (محمدخانی، جهانی و تمنائی فر، ۱۳۸۴).

پرسشنامه هراس اجتماعی^۴: این پرسشنامه را کانور، دیویدسون، چرچیل، شرود^۵ و همکاران (۲۰۰۰) طراحی کرده اند و شامل ۱۷ گویه و سه مقیاس فرعی ترس^۶ (شش گویه)،

-
1. Structural clinical interview for DSM-IV disorders (SCID)
 2. First, Spitzer, Gibbon and Williams
 3. Sadock
 4. Social phobia inventory (SPIN)
 5. Connor, Davidson, Churchill and Sherwood
 6. fear

اجتناب^۱ (هفت گویه) و علائم فیزیولوژیک^۲ (چهار گویه) است. کانور و همکاران (۲۰۰۰) اعتبار این پرسشنامه را به روش بازآزمایی، برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹، همسانی درونی یا ضریب آلفا را برای کل پرسشنامه برابر ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، پرهیز ۰/۹۱ و علائم فیزیولوژیک برابر ۰/۸۰ گزارش کردند. عبدی (۱۳۸۲) همسانی درونی کل پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶، اعتبار به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ و روایی محتوایی آن را مناسب گزارش کرد.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^۳: برای سنجش دشواری در تنظیم هیجان، از مقیاس خودگزارش دهی ۳۶ گویه‌ای گراتز و رومر (۲۰۰۴) استفاده شد. مقیاس حاضر یک نمره کلی دارد و متشکل از ۶ خرده مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی^۴، دشواری در انجام رفتار هدفمند^۵، دشواری در کنترل تکانه^۶، فقدان آگاهی هیجانی^۷، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی^۸ و عدم وضوح هیجانی^۹ است. نمره‌گذاری این مقیاس ۵ نمره (از ۱ تا ۵) را در برمی‌گیرد. آن‌ها، همسانی درونی برابر با ۰/۹۳، پایایی بازآزمون برابر با ۰/۸۸ و روایی همگرایی برابر با ۰/۲۶ را گزارش کردند. همچنین در پژوهش علوی، مدرس غروی، امین یزدی و صالحی فدردی (۱۳۹۰) همسانی درونی به مقدار ۰/۸۶ برای کل پرسشنامه و بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۳ برای مؤلفه‌ها حاصل شده است.

پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو: پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات بارلو و همکاران (۲۰۱۷_a) شامل هشت بخش است که در پژوهش حاضر در طی ۱۵ جلسه فردی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای روی هر دو شرکت‌کننده اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه اهداف و محتوای جلسات نشان داده شده است.

-
1. avoidance
 2. physiological symptoms
 3. Difficulties in emotion regulation scale (DERS)
 4. Non-acceptance of emotional responses
 5. Difficulties engaging in goal-directed behaviors
 6. Impulse control difficulties
 7. Lack of emotion awareness
 8. Limited access to emotion regulation strategies
 9. Lack of emotional clarity

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو (۲۰۱۷)

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
اول	ایجاد رابطه درمانی، افزایش انگیزه و ارائه منطق درمان	بررسی مزایا و معایب تغییر در مقابل روش قبلی خود، آموزش تقویت خودکارآمدی یا باور به توانایی شخصی برای دستیابی موفقیت آمیز به تغییر، ارزیابی و برنامه ریزی عینی اهداف درمانی	-	-
دوم و سوم	ایجاد درک و شناخت هیجانها، شناسایی نحوه واکنش و پاسخ هیجانها	آموزش روانی در مورد ماهیت هیجانها، مؤلفه های اصلی تجربه هیجانی و مفهوم پاسخ های آموخته شده	بازنگری در ابراز هیجانها	ثبت هیجانها مثبت و منفی
چهارم و پنجم	واکنش و پاسخ نسبت به هیجانها	آموزش آگاهی هیجانی: یادگیری مشاهده تجارب (هیجانها و واکنش های هیجانها)	پذیرش هیجانها و آگاهی از آنها	ثبت میزان پذیرش خود و احساسات خود و دیگران
ششم و هفتم	ارزیابی شناختی و ارزیابی مجدد شناختی	شناسایی ارزیابی های خودکار ناسازگارانه ایجاد تجربه های هیجانی، افزایش انعطاف پذیری در ارزیابی های موقعیت های مختلف	آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل افکار و هیجانها	قبل از ابراز هیجان شناخت و بازنگری آن در منزل
هشتم و نهم	اجتناب هیجانی و رفتارهای هیجانی ناسازگار	کمک به بیمار در جهت شناسایی الگوهای هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه، تمرکز بر تغییر الگوهای فعلی پاسخ های ناسازگارانه هیجانی	اجتناب از هیجانها منفی و ناسازگارانه	تمرین مواجهه با هیجان منفی و مقابله منطقی با هیجانها منفی
دهم	آگاهی و تحمل احساسات بدنی	افزایش آگاهی نسبت به نقش احساس های بدنی در تجربه هیجانی و کاهش اثرات آن، انجام تمرین های مواجهه و رویایی با احساسات بدنی جهت افزایش تحمل نسبت به این احساس ها	پذیرش احساسات منفی بدنی	تکنیک آرام سازی بدنی و تمرین در منزل
یازدهم تا چهاردهم	مواجهه و رویارویی با هیجانها	آگاهی یافتن از منطق رویایی های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب	رویارویی یا هیجانها منفی نظیر ترس و اضطراب	برگه سلسله مراتب ترس و تکمیل در منزل
پانزدهم	دستاورد، نگهداری و دستاوردها و پیشگیری از عود	مرور کلی مفاهیم درمانی و بحث در مورد پیشرفت درمان، تشویق مراجع برای استفاده از تکنیک های درمانی برای بهبود پیشرفت در دستیابی به اهداف کوتاه مدت و بلندمدت	-	-

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از بازبینی گرافیکی شکل‌ها (فراز و فرود متغیر وابسته)، شاخص‌های درصد بهبودی (تغییرات روند)، درصد کاهش نمره‌ها (شیب)، اندازه اثر بالینی و شاخص‌های تغییرپذیری کوهن براساس فرمول‌های زیر استفاده شد:

$$\begin{aligned} \text{MPI} &= [(\text{Baseline Mean} - \text{Treatment Phase Mean}) / \text{Baseline Mean}] \times 100 \\ \text{MPR} &= [(\text{Baseline Mean} - \text{Treatment Phase Mean}) / \text{Treatment Phase Mean}] \times 100 \\ \text{Cohen's } d &= M1 - M2 / \sigma \text{ pooled} \\ \text{Where } \sigma \text{ pooled} &= \sqrt{[(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) / 2]} \end{aligned}$$

در این فرمول‌ها MPI درصد بهبودی، MPR درصد کاهش نمره‌ها، Cohen's d میزان تغییرپذیری و $\sigma \text{ pooled}$ Where اندازه اثر بالینی را نشان می‌دهد. این شاخص‌ها به ترتیب تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و معناداری بالینی را نشان می‌دهند (ریچاردس^۱، ۲۰۱۸).

یافته‌ها

این پژوهش از دو آزمودنی تشکیل شده بود که شرکت‌کننده اول ۳۷ ساله، مجرد، دانشجوی کارشناسی بود که مشکل او از زمان مقطع کارشناسی شروع شده بود. شرکت‌کننده دوم نیز ۳۵ ساله، متأهل، دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و کارمند بود که مشکل او از زمان مقطع کارشناسی شروع شده بود.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۲، اندازه اثر کلی برای نمره کل اضطراب اجتماعی، برای شرکت‌کننده اول و دوم به ترتیب، ۰/۷۶ و ۰/۷۱ و نشان‌دهنده تأثیر نسبتاً بالای مداخله بر هر دو شرکت‌کننده است. همچنین بیشترین اندازه اثر مربوط به مؤلفه علائم فیزیولوژیک برای شرکت‌کننده دوم، ۰/۹۶ و کم‌ترین اندازه اثر نیز مربوط به همین شرکت‌کننده، ۰/۲۹ در مؤلفه ترس است. شاخص درصد بهبودی کل برای شرکت‌کننده اول، ۰/۱۷ و برای شرکت‌کننده دوم، ۰/۳۲ است که نشان می‌دهد درصد بهبودی برای شرکت‌کننده اول کوچک و برای شرکت‌کننده دوم متوسط به بالا است. در بین مؤلفه‌ها نیز درصد بهبودی مؤلفه علائم فیزیولوژیک در شرکت‌کننده دوم، ۰/۳۹ و همین مؤلفه در شرکت‌کننده اول، ۰/۱۰، به ترتیب نشان‌دهنده بیش‌ترین و کم‌ترین اندازه اثر است. تحلیل دیداری نتایج دو شرکت‌کننده در نمودار ۱ نشان

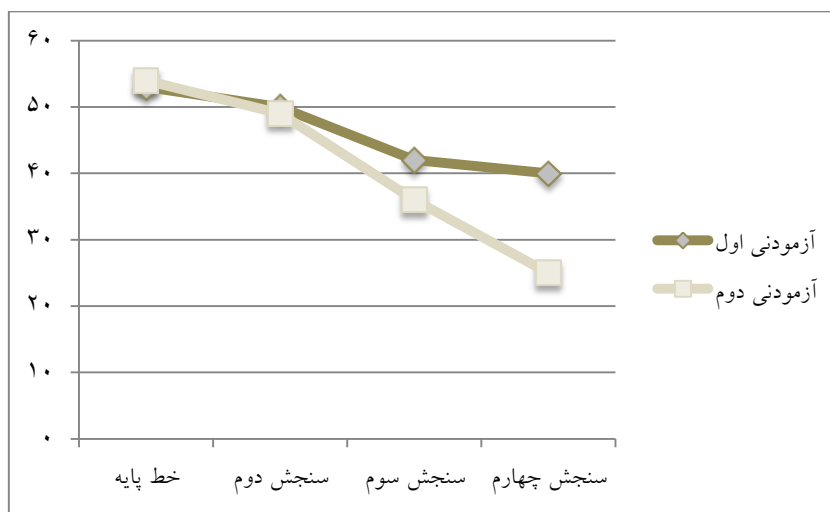
اثر بخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی و ... ۱۵

داده شده است.

جدول ۲: شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات شرکت‌کننده‌ها در علائم اضطراب اجتماعی

شاخص متغیر	خط پایه و مراحل سنجش	میانگین مداخله	انحراف استاندارد مداخله	درصد بهبودی	درصد کاهش نمره‌ها	اندازه اثر	تغییرپذیری کوهن	شاخص متغیر
ترس	(۱۳-۱۳-۱۷-۱۷)	۱۴/۳۳	۵/۳۳	۰/۱۶	۰/۱۹	۰/۳۲	۰/۷۰	ترس
اجتناب	(۱۵-۱۶-۲۰-۲۲)	۱۷	۲/۶۵	۰/۲۲	۰/۲۹	۰/۷۸	۲/۴۹	اجتناب
علائم فیزیولوژیک	(۱۲-۱۳-۱۳-۱۴)	۱۲/۶۶	۰/۵۸	۰/۱۰	۰/۱۱	۰/۶۳	۱/۶۳	علائم فیزیولوژیک
کل	(۴۰-۴۲-۵۰-۵۳)	۴۴	۵/۲۹	۰/۱۷	۰/۲۰	۰/۷۶	۲/۳۶	کل
ترس	(۶-۱۲-۱۵-۱۳)	۱۱	۴/۵۹	۰/۱۵	۰/۱۸	۰/۲۹	۰/۶۰	ترس
اجتناب	(۱۰-۱۴-۲۴-۲۵)	۱۶	۷/۲۱	۰/۳۶	۰/۵۶	۰/۶۶	۱/۷۴	اجتناب
علائم فیزیولوژیک	(۹-۱۰-۱۰-۱۶)	۹/۶۶	۰/۵۸	۰/۳۹	۰/۶۵	۰/۹۶	۷/۷۵	علائم فیزیولوژیک
کل	(۲۵-۳۶-۴۹-۵۴)	۳۶/۶۶	۱۲/۰۱	۰/۳۲	۰/۴۷	۰/۷۱	۰/۳۲	کل

همان‌گونه که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، برای هر دو شرکت‌کننده از مرحله خط پایه تا انتهای درمان، کاهش معناداری در اضطراب اجتماعی ایجاد شده است؛ برای آزمودنی اول ۱۳ واحد کاهش نمره، و در آزمودنی دوم نیز، ۲۹ واحد کاهش نمره بوده است؛ بنابراین، درمان فراتشخیصی به کاهش نمرات علائم اضطراب اجتماعی دو آزمودنی منجر شده است.



نمودار ۱: تغییرات نمرات شرکت‌کننده‌ها در نمره کل علائم اضطراب اجتماعی

براساس نتایج مندرج در جدول ۲، برای شرکت‌کننده اول در همه مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان، اثربخشی و درصد بهبودی به دست آمد؛ بیشترین اندازه اثر مربوط به مؤلفه دشواری در انجام رفتار هدفمند، $0/90$ و کم‌ترین اندازه اثر مربوط به مؤلفه عدم وضوح هیجانی، $0/61$ است. همچنین بیشترین درصد بهبودی مربوط به مؤلفه فقدان آگاهی هیجانی، $0/35$ و کم‌ترین درصد بهبودی مربوط به مؤلفه دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، $0/21$ است. اندازه اثر کل دشواری در تنظیم هیجان، $0/85$ و نشان‌دهنده اثربخشی بالای مداخله بر کاهش دشواری در تنظیم هیجانی است. سایر شاخص‌های مندرج در جدول، نظیر درصد کاهش نمرات و تغییرپذیری کوهن نیز بیان‌کننده تأثیر مثبت مداخله بر دشواری در تنظیم هیجانی شرکت‌کننده اول است؛ همچنین نمره میانگین مداخله شرکت‌کننده دوم در همه مؤلفه‌ها و کل کم‌تر از نمره خط پایه است. همچنین همه اندازه اثرها برای همه مؤلفه‌ها، متوسط و متوسط به بالا هستند. اگرچه شاخص درصد بهبودی برای مؤلفه‌های دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی کوچک است، اما برای سایر مؤلفه‌ها مناسب و متوسط است؛ بیشترین اندازه اثر مربوط به مؤلفه دشواری در انجام رفتار هدفمند، $0/91$ و کم‌ترین اندازه اثر مربوط به مؤلفه عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، $0/40$ است. همچنین براساس درصد

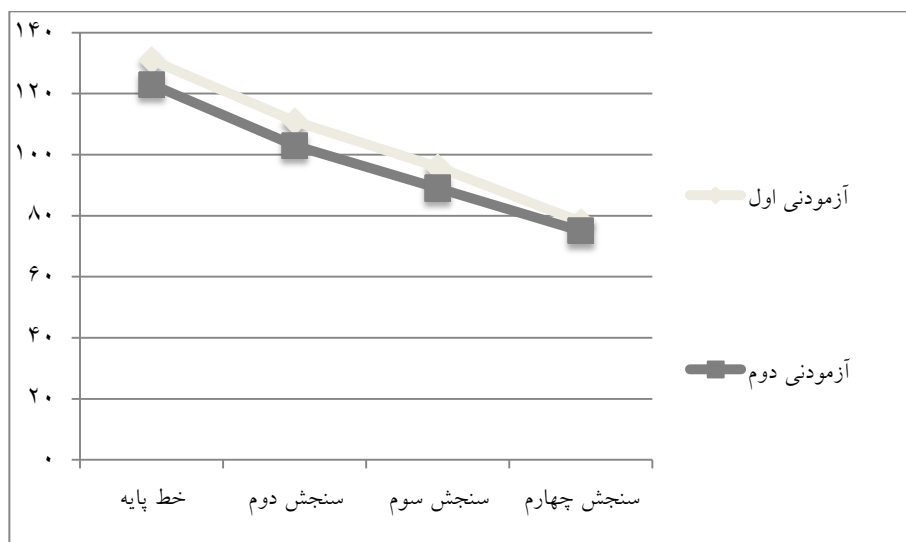
اثر بخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی و ... ۱۷

کاهش نمره‌ها و تغییرپذیری کوهن، نیز می‌توان به تأثیر مداخله بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان شرکت‌کننده دوم پی برد.

جدول ۲: شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات شرکت‌کننده‌ها در دشواری در تنظیم هیجان

تغییرپذیری کوهن	اندازه اثر	درصد کاهش نمره‌ها	درصد بهبودی	انحراف استاندارد مداخله	میانگین مداخله	خط پایه و مراحل سنجش	شاخص متغیر	شرکت‌کننده
۴	۰/۸۹	۰/۵۰	۰/۳۳	۲/۶۴	۱۶	(۱۵-۱۴-۱۹-۲۴)	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	اول
۴/۱۸	۰/۹۰	۰/۳۴	۰/۲۵	۱/۵	۱۵/۶۶	(۱۴-۱۶-۱۷-۲۱)	دشواری در انجام رفتار هدفمند	
۲/۰۵	۰/۷۱	۰/۳۲	۰/۲۴	۳/۰۵	۱۴/۳۳	(۱۱-۱۷-۱۵-۱۹)	دشواری در کنترل تکانه	
۱/۶۰	۰/۶۲	۰/۲۶	۰/۲۱	۶/۰۸	۲۶	(۱۹-۲۹-۳۰-۳۳)	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	
۳/۵۳	۰/۸۷	۰/۵۵	۰/۳۵	۱/۷۳	۹	(۷-۱۰-۱۰-۱۴)	فقدان آگاهی هیجانی	
۱/۵۷	۰/۶۱	۰/۴۲	۰/۳۰	۵/۲۹	۱۴	(۱۲-۱۰-۲۰-۲۰)	عدم وضوح هیجانی	دوم
۳/۲۴	۰/۸۵	۰/۳۸	۰/۲۸	۱۶/۵۲	۹۵	(۷۸-۹۶-۱۱۱-۱۳۱)	کل	
۰/۸۹	۰/۴۰	۰/۳۷	۰/۲۷	۲/۰۸	۲۰/۳۳	(۱۸-۲۲-۲۱-۲۸)	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	
۴/۴۴	۰/۹۱	۰/۵۰	۰/۳۳	۱/۵	۱۱/۳۳	(۱۰-۱۱-۱۳-۱۷)	دشواری در انجام رفتار هدفمند	
۲/۱۵	۰/۷۳	۰/۵۰	۰/۳۳	۴/۰۴	۱۲/۶۶	(۹-۱۲-۱۷-۱۹)	دشواری در کنترل تکانه	
۳/۳۲	۰/۸۵	۰/۴۸	۰/۳۲	۵	۲۵	(۲۰-۲۵-۳۰-۳۷)	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	
۱	۰/۴۴	۰/۱۱	۰/۱۰	۱	۹	(۸-۹-۱۰-۱۰)	فقدان آگاهی هیجانی	
۱/۲۴	۰/۵۲	۰/۱۲	۰/۱۱	۱/۱۵	۱۰/۶۶	(۱۰-۱۰-۱۲-۱۲)	عدم وضوح هیجانی	
۳/۴۲	۰/۸۶	۰/۳۸	۰/۲۷	۱۴	۸۹	(۷۵-۸۹-۱۰۳-۱۲۳)	کل	

بر اساس نتایج ارائه شده در نمودار ۳، از مرحله خط پایه تا پایان مداخله، برای شرکت‌کننده اول ۵۳ واحد کاهش نمره و برای شرکت‌کننده دوم نیز، ۴۸ واحد کاهش نمره وجود داشته که چشمگیر و نشان‌دهنده تأثیر درمان بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان شرکت‌کنندگان است.



نمودار ۲: تغییرات نمرات شرکت‌کننده‌ها در نمره کل دشواری در تنظیم هیجان

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی و دشواری در تنظیم هیجان در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی با استفاده از طرح تک‌آزمودنی انجام شد. با توجه به نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر، همان‌گونه که در فرضیه اول پژوهش پیش‌بینی شد، درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر بود. این یافته‌ها با حمایت از مدل فراتشخیصی اختلالات هیجانی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷^a)، با نتایج سایر مطالعات نیز هماهنگ است (تالکوسکی و همکاران، ۲۰۱۷؛ زمستانی و ایمانی، ۱۳۹۵ و عطارد، میکائیلی، مهاجری و وجودی، ۱۳۹۵).

در تبیین این یافته، می‌توان گفت که در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، استفاده از راهبردهایی نظیر ارزیابی شناختی، خودکنترلی افکار، مواجهه هیجانی ذهنی و واقعی، آگاهی و کنترل احساسات بدنی و پیشگیری و مدیریت پاسخ‌های هیجانی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷^b)، سهم قابل توجهی در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی دارند؛ زیرا با شناسایی هیجانات

تأثیرگذار در اختلال، رفتارهایی را تسهیل می‌کنند که مولد اضطراب و همراه با این هیجانات هستند. چنین آگاهی از هیجانات و ماهیت آن‌ها، به بیماران امنیت لازم برای رویارویی با موقعیت‌های استرس‌آور و کنترل احساسات و تنش‌های جسمانی منفی برای حضور در موقعیت‌های اجتماعی زندگی را می‌دهد (دیر و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، شرم و نگرانی از دیده شدن توسط دیگران، ویژگی بارز اختلال اضطراب اجتماعی و همچنین یکی از عوامل فراتشخیصی مشترک در اختلال‌های هیجانی است که به کاهش ارتباطات اجتماعی و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی منجر می‌شود (لیچسرنینگ و لوی، ۲۰۱۷). این علائم در این پژوهش، با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر درک هیجانات، شناخت و پیگیری واکنش‌های هیجانی در آن موقعیت و آگاهی و تحمل احساسات بدنی و مواجهه ذهنی و واقعی، مورد درمان قرار گرفت و شرکت‌کننده‌ها پس از درمان هم به لحاظ شناختی از ترس کم‌تر، و هم از لحاظ رفتاری از اجتناب کم‌تری برای مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی برخوردار شدند.

همچنین با توجه به فرضیه دوم پژوهش، درمان یکپارچه‌نگر فراتشخیصی بارلو بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر بود. این یافته نیز از مدل فراتشخیصی اختلالات هیجانی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷)، حمایت می‌کند و با نتایج سایر مطالعات (از جمله تالکووسکی و همکاران، ۲۰۱۷؛ زمستانی و ایمانی، ۱۳۹۵) هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از بخش‌های مهم درمان فراتشخیصی، درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی است. در جلسات درمانی به مراجعان آموخته شد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند و اینکه چگونه عواطف منفی را تحمل کنند و با آن‌ها کنار بیایند و از سوی دیگر، درمان فراتشخیصی یکپارچه، تأکید عمده‌ای بر تجربه پاسخ‌های هیجانی دارد؛ زیرا تلاش برای سرکوب هیجانی، موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد می‌خواهد بکاهد. این درمان به این منجر می‌شود تا بیماران فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشند. بیماران یاد می‌گیرند تا فهم بهتری از تجربه‌های هیجانی خود (شامل برانگیزاننده و پیامدهای رفتاری) کسب کنند؛ با ارزیابی‌های شناختی منفی احساس‌ها و هیجان‌های جسمی چالش، و رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند؛ آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در

طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند (الارد و همکاران، ۲۰۱۰). همه این مهارت‌ها، با اصلاح عادات تنظیم هیجانی، به کاهش شدت دشواری در تنظیم هیجانی و برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی منجر می‌شود (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷ a).

در پژوهش حاضر، حجم نمونه اندک و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، از جمله مسائلی بودند که تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکلاتی مواجه می‌کند. بنابراین، در تعمیم نتایج بایستی جوانب احتیاط را رعایت کرد. اگرچه پژوهش‌های تک آزمودنی روشی خلأفانه برای بررسی اثربخشی درمان‌های جدید است، اما برای افزایش تعمیم‌دهی یافته‌ها و بررسی بیشتر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه، پیشنهاد می‌شود که این درمان در چارچوب طرح‌های کاملاً تصادفی گروهی و با گروه کنترل، روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی سنجیده شود. در مجموع با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که از درمان یکپارچه‌نگر فراتشخیصی بارلو، به عنوان یک درمان مقرون‌به‌صرفه و مؤثر، در مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی برای بهبود علائم اختلال اضطراب اجتماعی بهره گرفته شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از شرکت‌کنندگان این پژوهش و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

منابع

- زمستانی، مهدی و ایمانی، مهدی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان. *روان‌شناسی معاصر*، ۱۱(۱): ۳۲-۲۱.
- عبدی، رضا (۱۳۸۲). *سوگیری تعبیر در افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انیسیتوی روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- عطارد، نسترن، میکائیلی، نیلوفر، مهاجری، نسترن و وجودی، بابک (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک موردی. *مجله*

دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، ۴ (۴): ۵۴-۶۲

علوی، خدیجه، مدرس غروی، مرتضی، امین یزدی، سیدامیر و صالحی فدردی، جواد (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مؤلفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۱۳(۲): ۱۳۵-۱۲۴.

محمدخانی، پروانه، جهانی، علی و تمنائی فر، شهین (۱۳۸۴). مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات دی اس ام. چاپ چهارم. تهران: فرادید.

- Abedi, M. (2003). *Cognitive biases in interpretation in people with social phobia* (Master's Thesis). Iran University of Medical Sciences (Text in Persian).
- Alavi, K. H., Modarres Gharavi, M., Amin Yazdi, S. A. & Salehi, J. (2011). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 13(2): 124-135(Text in Persian).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K. & Fairholme, C. P. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R. & Cassiello-Robbins, C. (2017a). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S. and et al. (2017b). 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.
- Blalock, D. V., Kashdan, T. B. and Farmer, A. S. (2016). Trait and daily emotion regulation in social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3): 416-425.
- Cannor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. R., Scherwood, A., Foa, E. and Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN): New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176(4): 379-386.
- Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Fogliati, V. J., Sheehan, J., Johnston, L. and Titov, N. (2016). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for social anxiety disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 42(5):30-44.
- Dryman, M. T., Gardner, S., Weeks, J. W. and Heimberg, R. G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive

- evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders*, 38(3): 1-8.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J. and Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1): 88-101
- First, M. B; Spitzer, R. L; Gibbon, M. and Williams, J. B. (1997). *User's guide for the Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCIDI: clinician version*. American Psychiatric Pub.
- Gratz, K. L. 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(1): 41-54.
- Helbig-Lang, S., Rusch, S. and Lincoln, T. M. (2015). Emotion regulation difficulties in social anxiety disorder and their specific contributions to anxious responding. *Journal of Clinical Psychology*, 71(3): 241-249.
- Hofmann, S. G. and Otto, M. W. (2017). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence-based and disorder specific treatment techniques*. London :Routledge.
- Klemanski, D. H., Curtiss, J., McLaughlin, K. A. and Nolen-Hoeksema, S. (2017). Emotion regulation and the transdiagnostic role of repetitive negative thinking in adolescents with social anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 41(2): 206-219.
- Leichsenring, F. and Leweke, F. (2017). Social anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(23): 2255-2264.
- Mohammad Khani, P., Jahani, A. and Tamanaeifar, S. H. (2007). *Structured clinical interview for DSM-IV disorders (Persian)*. 4th ed. Tehran, Faradid Pub (Text in Persian).
- Ollendick, T. H., White, S. W., Richey, J., Kim-Spoon, J., Ryan, S. M., Wieckowski, A. T. and Smith, M. (2019). Attention bias modification treatment for adolescents with social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 50(1): 126-139.
- Otared, N., Mikaeili, N., Mohajeri, N. and Vojoudi ,B. (2017). The Effect of Unified Transdiagnostic treatment on anxiety disorders and comorbid depression: Single-case design. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 4 (4): 54-62 (Text in Persian).
- Richards, S. B. (2018). *Single Subject Research: Applications in Educational Settings*. Massachusetts :Cengage Learning.
- Sadock, B.J. and Sadock, V.A. (Eds.), (2003). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry (9th Ed.)*. New York: Williams & Wilkins
- Segal, Z. V., Williams, M. and Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York :Guilford Publications.
- Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A. and Norton, P. J. (2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among

individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 46(9): 56-64.

Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J. and Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27(10): 882-90

Zemestani, M. and Imani, M. (2016). Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. *Contemporary Psychology*, 11(1): 21-32(Text in Persian)

آسیب‌های دل‌بستگی و افسردگی: نقش واسطه‌ای احساس خشم

محمدعلی بشارت^{۱*}، فاطمه رئیسی^۲ و هادی فرهمند^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای احساس خشم در رابطه بین آسیب‌های دل‌بستگی و افسردگی بود. طرح پژوهش همبستگی بود و به روش توصیفی اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد مبتلا به اختلالات افسردگی ۱۸ تا ۶۵ ساله، مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی شهر اصفهان بود. از بین این افراد تعداد ۷۵ بیمار افسرده (۴۵ زن، ۳۰ مرد) از طریق نمونه‌گیری به روش هدفمند از بین داوطلبانی انتخاب شدند که واجد معیارهای ورود و خروج پژوهش بودند. شرکت‌کنندگان مقیاس دل‌بستگی بزرگسال، مقیاس احساس خشم نوواکو و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را تکمیل کردند. از آزمون‌های همبستگی و تحلیل مسیر برای تحلیل آماری داده‌های پژوهش استفاده شد. نتایج نشان داد که مدل فرضی پژوهش با داده‌های تجربی برازش مطلوب دارند. بین آسیب‌های دل‌بستگی، احساس خشم و افسردگی همبستگی مثبت و معنا دار وجود داشت و نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان‌دهنده نقش واسطه‌ای احساس خشم در رابطه بین آسیب‌های دل‌بستگی و نشانه‌های افسردگی بود. بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که آسیب‌های دل‌بستگی و احساس خشم می‌توانند شدت نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی کنند. در نظر گرفتن آسیب‌های دل‌بستگی و احساس خشم می‌تواند نقش بالینی مهمی در فرایندهای پیش‌گیری، تشخیص و درمان افسردگی داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، خشم، دل‌بستگی

۱. نویسنده مسئول، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
besharat@ut.ac.ir

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران
freeisi2008@gmail.com

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه تهران، تهران، ایران. hdadgar63@gmail.com
DOI: 10.22051/psy.2020.28790.2049
<https://psychstudies.alzahra.ac.ir/>

مقدمه

افسردگی^۱ یک اختلال خلقی است که به احساس پایدار غم و از دست دادن علایق منجر می‌شود. ویژگی‌های رایج تمام اختلالات افسردگی شامل غمگینی، احساس تهی بودن یا خلق تحریک‌پذیر است و همراه با تغییرات شناختی و بدنی است که به شکل معناداری ظرفیت فرد برای عملکرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (اورمل، کسلر و اسکورز،^۲ ۲۰۱۹). درباره سبب‌شناسی افسردگی می‌توان طیفی از عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و محیطی را مد نظر قرار داد (سادوک، سادوک و روئیز،^۳ ۲۰۱۵). آسیب‌های دلبستگی^۴ نیز یکی از متغیرهای مرتبط با افسردگی شناخته شده است (اسپرویت، کوس، وینینک، رودنبورگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۰؛ براون، هریس و کریگ^۶، ۲۰۱۸).

نظریه دلبستگی (بالبی^۷، ۱۹۶۹، ۱۹۷۳) بر این فرض استوار است که انسان، هنگام نیاز یا پریشانی برای نزدیکی به نگاره^۸ دلبستگی به عنوان بخشی از سیستم رفتاری فطری برانگیخته می‌شود. همچنین تجارب اولیه زندگی با نگاره‌های دلبستگی مدل‌های درون‌کاری^۹ از خود و دیگران را شکل می‌دهد. وقتی نگاره دلبستگی حساس و پاسخگو باشد، افراد بازنمایی‌های ذهنی مثبتی از خود به عنوان موجوداتی ارزشمند و توانایی دیگران برای فراهم آوردن مراقبت هنگام نیاز شکل می‌دهند، اما در صورتی که نگاره دلبستگی به گونه‌ای مطمئن حمایت فراهم نکند، به دنبال نزدیکی بودن^{۱۰} با ایجاد آرامش همراه نیست و مدل‌های درون‌کاری منفی شکل می‌گیرند. سبک‌های دلبستگی به سه دسته ایمن، اجتنابی و دوسوگرا تقسیم می‌شوند (کسیدی و شیور^{۱۱}، ۲۰۱۶).

-
1. Depression
 2. Ormel, Kessler and Schoevers
 3. Sadock, Sadock and Ruiz
 4. attachment pathologies
 5. Spruit, Goos, Weenink, Rodenburg
 6. Brown, Harris and Craig
 7. Bowlby
 8. Figure
 9. Internal working model
 10. proximity seeking
 11. Cassidy and Shaver

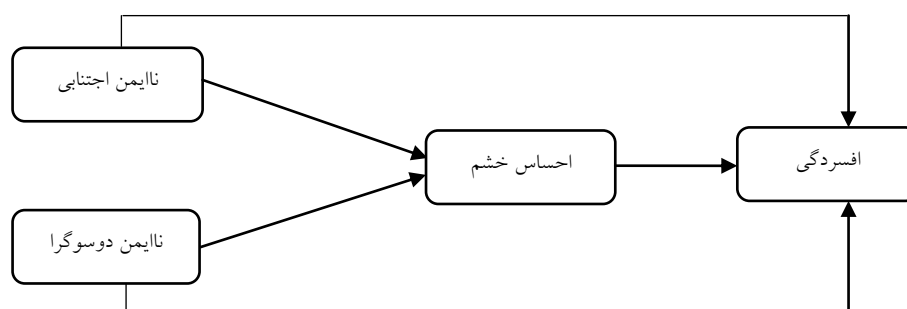
دل‌بستگی ایمن پیوندی محافظتی است که از گسترش آسیب روانی پیش‌گیری می‌کند در حالی که دل‌بستگی نایمن (اجتنابی، دوسوگرا) با ایجاد آسیب روانی از جمله افسردگی همراه است (اسپرویت و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش سایمون و همکاران^۱ (۲۰۱۹) نشان داده است که دل‌بستگی نایمن از طریق تنظیم عاطفه با افسردگی ارتباط پیدا می‌کند. افراد دل‌بسته نایمن اضطرابی به واسطه واکنش‌پذیری هیجانی بیشتر و گرایش به نشان دادن پریشانی^۲ در ارتباطات خود، به افسردگی مبتلا می‌شوند. از سوی دیگر، افراد دل‌بسته اجتنابی به واسطه انفصال هیجانی^۳ و گرایش به فرونشانی و محدود کردن هیجان‌های خود در ارتباط با دیگران نشانه‌های افسردگی را تجربه می‌کنند.

یک پیش‌فرض کلی درباره روابط بین متغیرهای روان‌شناختی این است که این روابط معمولاً خطی و ساده نیستند؛ یعنی عموماً متغیرهای متعدد هم به طور مستقیم و هم غیرمستقیم با هم روابطی رو شکل می‌دهند که در مواردی به آسیب روان‌شناختی و اختلال منتهی می‌شود. علاوه بر این پیش‌فرض، شواهد فوق‌الذکر نیز این پیش‌فرض را تقویت می‌کنند که رابطه دل‌بستگی و افسردگی به احتمال زیاد یک رابطه خطی ساده نیست و متغیر یا متغیرهایی را می‌توان فرض کرد که در این رابطه نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده داشته باشند. یکی از متغیرهای مهم روان‌شناختی که ممکن است در رابطه بین آسیب‌های دل‌بستگی و افسردگی نقش واسطه‌ای داشته باشد، احساس خشم است. اهمیت و ضرورت بررسی نقشی که احتمالاً احساس خشم می‌تواند در رابطه بین آسیب‌های دل‌بستگی و خشم ایفا کند از چند جهت تأیید می‌شود: ابتدا اینکه چنین رابطه‌ای (یعنی نقش واسطه‌ای احساس خشم در رابطه بین آسیب‌های دل‌بستگی و افسردگی) تاکنون بررسی نشده است و به همین دلیل به عنوان مسأله اصلی پژوهش حاضر مطالعه شده است. به علاوه، این ضرورت و اهمیت بر حسب مبانی و مدل‌های نظری و یافته‌های پژوهشی مرتبط با دل‌بستگی، افسردگی و خشم نیز به این شرح توجیه می‌شود: خشم، یک هیجان طبیعی است که واکنشی به ناکامی در ارضاء تمایلات، پیامدهای ناخواسته و انتظارات برآورده نشده است و شامل ارزیابی مسئولیت شخصی دیگر برای انجام عمل خطا است که با تلاش برای تصحیح آن همراه است (ان

-
1. Simon, DiPlacido and Conway
 2. distress
 3. emotional cutoff

جی، سورنسون، ژانگ و ییم^۱، ۲۰۱۹). یکی از اصول مهم نظریه دلبستگی این است که تنظیم عاطفه (شامل تنظیم خشم و افسردگی) با سبک دلبستگی مرتبط است. بالبی (۱۹۷۳) معتقد بود که افراد با دلبستگی نایمن وقتی فاصله روان‌شناختی از نگاره دلبستگی افزایش یابد با ملال^۲ و خشم واکنش نشان می‌دهند. این فرض اولیه بالبی که سبک دلبستگی نایمن با خشم مرتبط است، در پژوهش‌های بعدی نیز تأیید شده است (کلیر، گاردنر، وب و زیمر-گمبک^۳، ۲۰۱۹).

فروید (۱۹۱۷)، از سوی دیگر، رابطه خشم و افسردگی را بدین صورت مفهوم‌پردازی کرده است که فرد در پاسخ به فقدان، موضوع از دست رفته را به عنوان روشی برای نگهداری آن درونی‌سازی می‌کند. نگهداری فقدان، پیامدی دوگانه بدین ترتیب دارد که از سویی عمل سوگ را تسهیل می‌کند و از سوی دیگر هدفی جایگزین برای خشونت به سمت موضوع از دست رفته فراهم می‌آورد (به نقل از ریبریو، ریبریو و وندولینگر^۴، ۲۰۱۸). با استناد به مبانی نظری پیش گفته در باب دلبستگی، خشم و افسردگی؛ و همین‌طور یافته‌های پژوهشی موجود، ضرورت بررسی این مسأله بیشتر برجسته می‌شود که آیا خشم می‌تواند بین آسیب‌های دلبستگی و افسردگی نقش واسطه‌ای ایفا کند؟ پاسخ به این سؤال مستلزم بررسی مجموعه این متغیرها در قالب یک مدل مفهومی است (شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش را نشان می‌دهد). بر این اساس فرضیه اصلی پژوهش بررسی شد: احساس خشم در رابطه بین سبک‌های دلبستگی نایمن و افسردگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

1. Ng, Sorensen, Zhang and Yim
2. Dysphoria
3. Clear, Gardner, Webb and Zimmer
4. Ribeiro, Ribeiro and Von Doellinger

روش

طرح پژوهش حاضر همبستگی است و به روش توصیفی اجرا شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد مبتلا به اختلالات افسردگی ۱۸ تا ۶۵ ساله، مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی شهر اصفهان بوده است. از بین این افراد تعداد ۷۵ بیمار افسرده (۴۵ زن، ۳۰ مرد) پس از برآورده ساختن معیارهای ورود و خروج پژوهش، از طریق نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شدند. منطق تعداد نمونه در این پژوهش ابتدا پیشنهاد متخصصانی است که به ازای هر پارامتر آورده شده در معادله تحلیل مسیر ۵ نفر را کم و ۱۰ نفر را مناسب دانسته‌اند (برای مثال، هیر، بلک، بابین و اندرسون^۱، ۲۰۱۰). با توجه به شرایط اجراء و نوع بیماری در این پژوهش بالینی، به ازای هر پارامتر تعداد حدوسط بین ۵ و ۱۰ نفر در نظر گرفته شده است و چون تعداد متغیرهای موجود در مدل ۴ متغیر است ۱۰ پارامتر در مدل قابل برآورد است. بیماران از طریق روان‌پزشک مبتلا به افسردگی و بدون داشتن اختلال همبود تشخیص داده شده بودند و تحت درمان دارویی یا روان‌درمانی قرار داشتند. شرایط لازم برای شرکت در پژوهش عبارت بودند از اخذ رضایت کتبی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و توانایی درک سؤالات پرسشنامه، نداشتن اختلالات روانی همزمان (مثل اعتیاد)، مبتلا نبودن به بیماری جسمی همزمان که مستلزم مصرف دارو باشد (مثل سرطان) و قرار داشتن در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال. میانگین سنی مردان ۳۵ سال و انحراف استاندارد ۱۱/۵ و میانگین سنی زنان ۳۳ سال با انحراف استاندارد ۱۲/۴ بود. به شرکت‌کنندگان درباره محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد و توضیح مختصری درباره نحوه پرکردن پرسشنامه داده شد. زمان تقریبی پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها ۳۰ دقیقه بود. به منظور کنترل اثر ترتیب و خستگی، مقیاس‌ها به تناسب با ترتیب‌های متفاوت ارائه شدند. برای رعایت نکات اخلاقی پژوهش، اولاً پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و ثانیاً شرکت‌کنندگان این اختیار را داشتند که اگر مایل به ادامه همکاری نبودند از ادامه تکمیل پرسشنامه‌ها انصراف دهند. تحلیل داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار لیزرل ۸/۸۰ و SPSS^{۲۴} و با استفاده از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر انجام شد. ابزار پژوهش به شرح زیر در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت:

مقیاس دلبستگی بزرگسال^۱ (AAI؛ بشارت، ۲۰۱۱)، که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور^۲ (۱۹۸۷) ساخته و در میان نمونه‌های دانشجویی و جمعیت عمومی ایرانی هنجاریابی شده است، یک آزمون ۱۵ گویه‌ای است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم = ۱، کم = ۲، متوسط = ۳، زیاد = ۴، خیلی زیاد = ۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ است. نمره بیشتر در هر زیرمقیاس بیان‌کننده داشتن درجات بیشتری از آن ویژگی است. ضرایب آلفای کرونباخ گویه‌های زیر مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا درباره نمونه‌های خارجی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش شده است (هازن و شیور، ۱۹۷۸). ضرایب همبستگی بین نمره‌های یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای سنجش پایایی بازمایی^۳ محاسبه شد. این ضرایب درباره سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۷۴ به دست آمد. نتایج تحلیل عوامل نیز سه عامل سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دوسوگرا را تأیید کرد (بشارت، ۲۰۱۱). ضرایب آلفای کرونباخ گویه‌های زیر مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در نمونه پژوهش حاضر برای کل شرکت‌کنندگان به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۱ و ۰/۷۹ محاسبه شد.

مقیاس افسردگی اضطراب استرس^۴ (DASS؛ لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵) یک آزمون ۲۱ گویه‌ای است که علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس بر حسب هفت گویه مختص آن مقیاس سنجیده می‌شود. حداقل و حداکثر نمره فرد در زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۰ و ۲۱ است. نمره بیشتر در هر زیرمقیاس بیان‌کننده داشتن درجات بیشتری از آن ویژگی است. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس در نمونه‌های خارجی برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ گزارش شده است (لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵). ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس در نمونه‌های

-
1. Adult Attachment Inventory (AAI)
 2. Hazan and Shaver
 3. test-retest reliability
 4. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
 5. Lovibond and Lovibond

داخلی برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۱ و ۰/۸۷ گزارش شده است (بشارت، ۱۳۸۴). روایی همزمان، همگرا^۱ و تشخیصی (افتراقی)^۲ مقیاس افسردگی اضطراب استرس نیز درباره شرکت‌کنندگان محاسبه و تأیید شد (بشارت، ۱۳۸۴). ضرایب آلفای کرونباخ گویه‌های زیر مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، استرس و کل مقیاس در نمونه پژوهش حاضر برای کل شرکت‌کنندگان به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۸۵ محاسبه شد.

مقیاس خشم نوواکو^۳ (NAS): نوواکو^۴، (۱۹۹۴) یک ابزار خودگزارشی شامل ۲۵ گویه است که به موقعیت‌های برانگیزاننده خشم برمی‌گردد (هورنسفلد، موریس و کرایمت^۵، ۲۰۱۱). این گویه‌ها، شدت خشم را می‌سنجند و موقعیت‌هایی را توصیف می‌کنند که می‌توانند به‌طور بالقوه خشم را برانگیزند. پاسخ دهندگان شدت خشم را روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرتی از هرگز تا همیشه گزارش می‌کنند که به ترتیب از یک تا چهار نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات از ۲۵ تا ۱۰۰ متغیر است و نمرات بیشتر بیان‌کننده خشم بیشتر هستند (مولر، نوواکو، هینولا- نیلسن و هوگارد^۶، ۲۰۱۶). مولر و همکاران (۲۰۱۶)، ضریب پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و با روش بازآزمایی برابر با ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. ملک‌پور، زنگنه و آقابابایی (۱۳۹۱) نیز برای نسخه فارسی این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ را گزارش کرده‌اند. روایی سازه مقیاس خشم نوواکو از طریق همبستگی با آزمون پرخاشگری باس و پری ۰/۷۸ به‌دست آمد و روایی محتوایی آن را هم متخصصان تأیید کردند. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس خشم نوواکو در نمونه پژوهش حاضر ۰/۷۷ به‌دست آمد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیرهای سبک دل‌بستگی، احساس خشم و نشانه‌های افسردگی در جدول ۱ آورده شده است.

-
1. convergent
 2. discriminant
 3. Novaco Anger Scale (NAS)
 4. Novaco
 5. Hornsvelt, Muris and Kraaimaat
 6. Moeller, Novaco, Heinola-Nielsen and Hougaard

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیرهای سبک دلبستگی، احساس خشم و نشانه‌های افسردگی

مرد		زن		متغیر
<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	
۳/۸۱	۱۲/۳۴	۴/۳۲	۱۳/۴۶	دلبستگی ایمن
۴/۳۲	۱۴/۵۶	۴/۲۸	۱۵/۵۹	دلبستگی اجتنابی
۴/۱۲	۱۴/۸۹	۳/۷۴	۱۴/۶۳	دلبستگی دوسوگرا
۱۱/۴۱	۷۹/۳۴	۱۰/۱۳	۷۵/۴۳	احساس خشم
۵/۳۲	۱۵/۱۹	۵/۴۱	۱۶/۲۱	افسردگی

ضرایب همبستگی پیرسون بین سبک‌های دلبستگی، احساس خشم و نشانه‌های افسردگی در جدول ۲ نشان داده شده است. با توجه به جدول ۲، همبستگی دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا با افسردگی مثبت و معنادار است، همبستگی بین احساس خشم و افسردگی مثبت و معنادار است، و بین دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا با افسردگی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. برای آزمون نقش واسطه‌ای احساس خشم در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و افسردگی از تحلیل مسیر استفاده شد. در روش پیشنهادی بارون و کنی^۱ (۱۹۸۶) برای مدل واسطه‌ای چهار مفروضه مطرح شده است که درباره رابطه متغیرهای پژوهش حاضر به شرح زیر صادق هستند: سبک‌های دلبستگی (متغیرهای مستقل) با افسردگی (متغیر وابسته) همبستگی دارند؛ سبک‌های دلبستگی (متغیرهای مستقل) با احساس خشم (متغیر واسطه‌ای) همبستگی دارند؛ احساس خشم (متغیر واسطه‌ای) با افسردگی (متغیر وابسته) همبستگی دارد؛ و رابطه بین سبک‌های دلبستگی و افسردگی با کنترل احساس خشم کاهش یافته است. تأیید این پیش فرض‌ها در جدول‌های ۲ و ۳ مشاهده می‌شوند.

جدول ۲: ضرایب همبستگی پیرسون بین سبک‌های دلبستگی، احساس خشم و افسردگی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱- دلبستگی ایمن	۱				
۲- دلبستگی اجتنابی	-۰/۱۹**	۱			
۳- دلبستگی دوسوگرا	-۰/۲۰**	۰/۳۶**	۱		
۴- احساس خشم	-۰/۱۴**	۰/۴۱**	۰/۵۴**	۱	
۵- افسردگی	-۰/۱۳*	۰/۴۶**	۰/۳۸**	۰/۴۸**	۱

**ضرایب در سطح $p < 0/01$ معنادار هستند. * ضرایب در سطح $p < 0/05$ معنادار هستند.

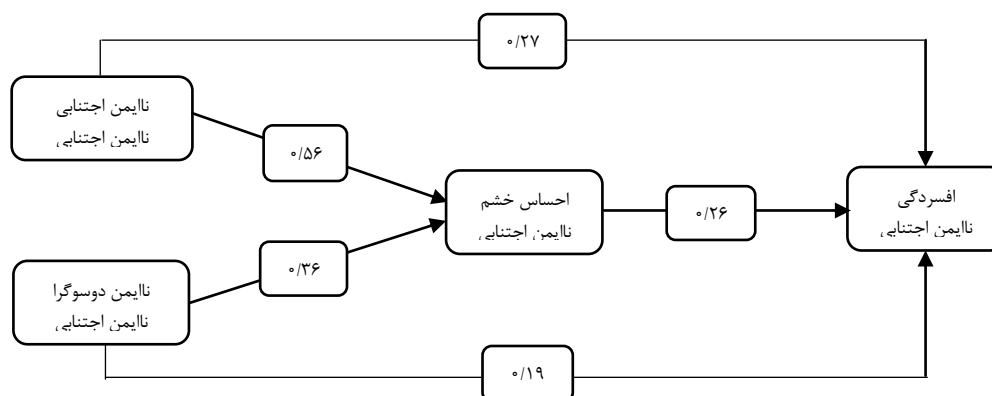
جدول ۳ ضرایب غیر استاندارد، استاندارد و میزان معناداری مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای احساس خشم در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و افسردگی را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج تحلیل مسیر، جز درباره اثر دلبستگی ایمن بر افسردگی باقی مسیرها معنادار هستند (تأیید فرضیه پژوهش).

جدول ۳: ضرایب غیر استاندارد، استاندارد و میزان معناداری مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای احساس خشم در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و افسردگی

مسیرها	B	β	t
اثر دلبستگی ایمن بر احساس خشم	-۰/۱۵	-۰/۶۴**	-۳/۲۱
اثر دلبستگی اجتنابی بر احساس خشم	۰/۳۴	۰/۵۶**	۲/۲۷
اثر دلبستگی دوسوگرا بر احساس خشم	۰/۳۶	۳۶**	۷/۶۰
اثر دلبستگی ایمن بر افسردگی	۰/۱۲	۰/۰۲	-۰/۸۰
اثر دلبستگی اجتنابی بر افسردگی	۰/۱۸	۰/۲۷**	۲/۵۰
اثر دلبستگی دوسوگرا بر افسردگی	۰/۲۰	۰/۱۹**	۵/۵۰
اثر خشم بر افسردگی	۰/۲۹	۰/۲۶**	۳/۳۹

** $P < 01/0$ * $P < 05/0$

شکل ۲ ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای احساس خشم در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و افسردگی را نشان می‌دهد.



شکل ۲: ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای احساس خشم در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و افسردگی

با توجه به شاخص‌های برازش که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مدل فرضی پژوهش از برازش مطلوب برخوردار است. چرا که نسبت χ^2 به df باید کوچک‌تر از ۲ باشد که در مدل مورد نظر این مفروضه برقرار است. همین‌طور ریشه خطا میانگین مجذورها تقریباً^۱ جهت برازش مطلوب باید کم‌تر از ۰/۰۵ باشد که در این مدل تقریباً نزدیک به صفر است. میزان مؤلفه‌های شاخص برازندگی^۲، شاخص تعدیل‌شده برازندگی^۳، شاخص برازندگی هنجارشده^۴، و شاخص برازندگی تطبیقی^۵ نیز باید بیشتر از ۰/۹۰ باشد که در مدل تحت بررسی تمام این شاخص‌ها تقریباً نزدیک ۱ است و نشان از برازش مطلوب مدل دارد. همچنین مقدار ریشه میانگین پس‌مانده^۶ نیز باید کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشد که در مدل تحت بررسی این مقدار ۰/۰۴ است. در مجموع این شاخص‌ها نشان می‌دهند که مدل ارائه شده مدل مطلوبی است و به خوبی با داده‌های تجربی مطابقت دارد.

1. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
2. Goodness of Fit Index (GFI)
3. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
4. Normed Fit Index (NFI)
5. Comparative Fit Index (CFI)
6. Root Mean square Residual (RMR)

جدول ۴: شاخص‌های نیکویی برازش برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای احساس خشم در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و افسردگی

χ^2	P-value	df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NFI	RMR
۰/۸۵	۰/۷۹	۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱/۰۰	۰/۹۵	۰/۹۹	۰/۰۳

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای احساس خشم در رابطه بین آسیب‌های دلبستگی و افسردگی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین آسیب‌های دلبستگی (سبک اجتنابی و دوسوگرا) و افسردگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (اسپرویت و همکاران، ۲۰۲۰؛ براون و همکاران، ۲۰۱۸؛ سایمون و همکاران، ۲۰۱۹) همسو است؛ پژوهش‌هایی که چنین رابطه‌ای را به کیفیت تجارب اولیه دلبستگی با مراقبان نسبت داده‌اند. بر اساس این تجربه‌ها، مدل‌های درون‌کاری کودک شکل می‌گیرند (کسیدی و شیور، ۲۰۱۶). این مدل‌ها مجموعه‌ای از انتظارات تعمیم‌یافته در خصوص ارتباط با خود و دیگری است (بالبی، ۱۹۶۹). این روان‌سازه‌های شناختی - عاطفی تشخیص، تفسیر و ارزیابی انتظارات و توقعات مرتبط با دلبستگی را سازمان می‌دهند. شناخت‌های ناکارآمد از خود و دیگران، محصول این روان‌سازه‌ها هستند و می‌توانند خطر افسردگی را افزایش دهند. با چنین پیشینه‌ای، این احتمال مطرح می‌شود که روان‌سازه‌های شناختی از انتظار طرد شدن و قطع ارتباط می‌توانند در رابطه بین ناایمنی دلبستگی و افسردگی نقش واسطه‌ای داشته باشند (اسپرویت و همکاران، ۲۰۱۹؛ براون و همکاران، ۲۰۱۸).

نتایج پژوهش نشان داد که آسیب‌های دلبستگی با احساس خشم رابطه مثبت دارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (بالبی، ۱۹۷۳؛ کلیر و همکاران، ۲۰۱۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که اگر پیوند دلبستگی به دلیل بیماری، مرگ، بدرفتاری یا جدایی از والد گسسته شود، آسیب دلبستگی اتفاق می‌افتد که سبب‌ساز احساسات دردناک می‌شود. بر اثر چنین آسیبی، فرد نمی‌تواند این احساسات را با فردی مورد علاقه پردازش کند، از احساسات و روابطی که آن‌ها را بر می‌انگیزند، دوری خواهد کرد؛ این فرد هنگام نزدیک شدن و صمیمی شدن دچار اضطراب می‌شود. درد شدید فقدان همچنین ممکن است خشم معطوف به والد از

دست رفته، غایب یا بدرفتار را تحریک کند. از آنجایی که این احساسات مملو از خشم است، باعث رنج می‌شوند، و فرد برای رهایی از این رنج ممکن است آن‌ها را سرکوب کند. احساسات خشم سرکوب شده نسبت به والد می‌تواند منشاء احساسات گناه شوند. در نتیجه، فرد از نزدیک شدن به احساساتش یا به افرادی که آن‌ها را برمی‌انگیزند می‌ترسد. اجتناب از رابطه با دیگران، خودتخریبی، بیماری‌های جسمی، افسردگی یا اضطراب می‌توانند محصول این احساسات مرکب و متناقض باشند (کلیر و همکاران، ۲۰۱۹).

نتایج پژوهش نشان داد بین خشم و افسردگی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (ریبیرو و همکاران، ۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که از منظر روان‌کاوی افسردگی نوعی خشم معطوف به خود محسوب می‌شود. خشم معطوف به خود از تفکرات روان‌کاوی اولیه فروید و کارل آبراهام مشتق شده است. فروید (۱۹۱۷) در مقاله کلاسیک خود «ماتم و مالیخولیا» رد پای خشم را به طردشدن از جانب یک فرد محبوب، معمولاً مادر یا پدر در اوان کودکی می‌رساند. فرد طردشده، ناتوان از ابزار خشم به دلیل احساس گناه، شخص طردکننده را در وجود خود «جذب» کرده یا با آن همانندسازی می‌کند و سپس خشم را متوجه خود می‌کند. طبق نظریه روان‌کاوی، این خشم گرفتن نسبت به خود است که موجب کاهش حرمت خود می‌شود. اتهام بستن به خود و نیاز ابراز شده برای تنبیه مشخصه افسردگی مالیخولیایی است. در مراحل بعدی زندگی، هرگونه فقدان یا طرد موجب فعال شدن دوباره خشم معطوف به خود و پدید آمدن واکنش افسردگی می‌شود (به نقل از ریبریرو و همکاران، ۲۰۱۸).

یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده نقش واسطه‌ای احساس خشم در رابطه بین آسیب‌های دلبستگی و افسردگی بود. مکانیسم خشم معطوف به خود که توسط فروید (۱۹۱۷) در تبیین افسردگی مطرح شده و در پژوهش‌های بعدی (ریبریرو و همکاران، ۲۰۱۸) نیز تأیید شده است، می‌تواند برای تبیین این یافته استفاده شود. خشم معطوف به خود در فرد افسرده از طریق کاهش حرمت خود و تشدید احساسات گناه نسبت به والدینی که موضوع اصلی دلبستگی فرد هستند، نشانه‌های افسردگی را توجیه می‌کنند (بالبی، ۱۹۷۳). چنین احساساتی، اعم از احساس خشم درونی شده که آمیزه‌ای است از خشم نسبت به خود و خشم نسبت به والد درونی شده و با وی همانندسازی شده، در چهارچوب روابط دلبستگی‌های ناپایمن شکل می‌گیرند (براون و

همکاران، ۲۰۱۸). این تبیین، بر اساس شواهد پژوهشی قبلی دربارهٔ رابطهٔ سبک‌های دلبستگی ناایمن با خشم، نیز تأیید می‌شود (کلیر و همکاران، ۲۰۱۹). این یافتهٔ پژوهش می‌تواند شکل‌های مختلف ابراز خشم را نیز تبیین کند. با استناد به مبانی نظری دلبستگی و یافته‌های پژوهشی مرتبط با این نظریه، می‌توان ابراز خشم اجتناب‌گرانه را که بر اساس آن فرد احساسات خشم و ناراحتی خود را با اجتناب ورزیدن از منبع خشم نشان می‌دهد به دلبستگی ناایمن اجتنابی نسبت داد و بر این اساس این شکل از ابراز خشم را تبیین کرد. به همین صورت، ابراز خشم روی‌آورانه را، که بر اساس آن فرد احساسات خشم و نفرتش را با تخلیه‌های رفتاری و فیزیکی خشم نسبت به منبع خشم نشان می‌دهد، می‌توان محصول دلبستگی ناایمن اضطرابی دو سوگرا دانست. یافتهٔ پژوهش حاضر، که یافته‌ای اختصاصی و جدید محسوب می‌شود، پاسخی است مناسب به این پرسش که چرا افراد خشمگین احساسات خشم خود را به شکل‌های مختلف نشان می‌دهند.

پیامدها و پیشنهاد‌های پژوهش را می‌توان در دو سطح نظری و عملی بدین شرح مطرح کرد: در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند باعث گسترش دانش روان‌شناختی در زمینهٔ پدیدآیی آسیب روانی از جمله افسردگی شود. این یافته‌ها، همچنین مفروضه‌های نظریه‌های دلبستگی و روان‌کاوی دربارهٔ احساس خشم و افسردگی را تأیید و موضع‌گیری این نظریه‌ها در باب تبیین افسردگی و خشم را تقویت می‌کنند. یافته‌های پژوهش حاضر دربارهٔ نقش واسطه‌ای احساس خشم در رابطه بین آسیب‌های دلبستگی و احساس خشم، که از یافته‌های اختصاصی و اکتشافی پژوهش حاضر محسوب می‌شود، نیز دانش آسیب‌شناسی روانی در خصوص افسردگی و شکل‌های مختلف ابراز خشم را گسترش می‌دهند. در سطح عملی و بالینی، دستاورد مهم این مطالعه با توجه به یافته اختصاصی و اکتشافی پژوهش در باب چرایی شکل‌های مختلف ابراز خشم، توجه به نقش آسیب‌های دلبستگی و مهم‌تر از آن نقش ویژه سبک‌های دلبستگی ناایمن در تبیین این تفاوت‌ها است. رویکردهای درمانی، همچنین می‌توانند با در نظر گرفتن نقش این تجربه‌های هیجانی بنیادین در شکل‌گیری اختلال‌های روان‌شناختی، از جمله افسردگی، از فنون هیجان‌محور برای درمان آن‌ها بیشتر بهره ببرند (برای نمونه مراجعه شود به بشارت، ۱۳۹۷؛ بشارت و نقی‌پور، ۲۰۱۹).

در کنار دستاوردها و پیشنهاد‌های مطرح شده، لازم است به محدودیت‌های پژوهش حاضر

نیز توجه شود. طرح همبستگی پژوهش قطعاً استنتاج‌های علت‌شناختی مرتبط با نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر را ناممکن می‌کنند. محدودیت نمونه و روش نمونه‌گیری (غیرتصادفی) پژوهش هم از دو جهت تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند: یکی از نظر میزان معرف بودن و دیگری تعمیم نتایج به سایر اختلال‌های روان‌شناختی، مخصوصاً اختلال‌های خلقی دیگر. احتمال وجود همبودی‌های پنهان نیز از محدودیت‌های دیگر پژوهش محسوب می‌شود.

تقدیر و تشکر

از شرکت‌کنندگان در این پژوهش که با همکاری صمیمانه خود امکان اجرای پژوهش را فراهم ساختند و با دقت و صداقت تحسین‌برانگیزشان با تیم پژوهش همکاری کردند؛ و همچنین از همکاران گرامی و مدیران محترم کلینیک‌های شهر اصفهان که اجازه انجام پژوهش را دادند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- بشارت، محمد علی (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21) در نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمد علی (۱۳۹۷). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال وسواس فکری- عملی: مطالعه موردی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۴): ۷-۳۶.
- ملک‌پور، مختار، زنگنه، ساره و آقابابایی، سارا (۱۳۹۱). ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه پرسش‌نامه خشم نواکو در شهر اصفهان. *مجله علوم شناختی و رفتاری*، ۲(۱): ۸-۱.
- Baron, R. M. and Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6):1173-1182.
- Besharat, M. A. (2003). *Treatment Outcome Subjective Rating Scale. Unpublished research report*. Tehran: University of Tehran (Text in Persian).
- Besharat, M. A. (2005). *Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) in samples of clinical and general populations*. Unpublished research report. Tehran: University of Tehran. [Text in Persian]
- Besharat, M. A. (2011). Development and validation of Adult Attachment Inventory. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30:475-479.

- Besharat, M. A. (2018). Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case study. *Psychological Studies*, 14(4):7-36(Text in Persian).
- Besharat, M. A. and Naghipoor, M. (2019). Paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. *Journal of Systems and Integrative Neuroscience*, 6:1-5. Doi: 10.15761/JSIN.1000213
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*: Vol. I. Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: separation*. New York: Basic Books.
- Brown, G. W., Harris, T. O. and Craig, T. K. J. (2018). Exploration of the influence of insecure attachment and parental maltreatment on the incidence and course of adult clinical depression. *Psychological Medicine*, 49(6):1-8.
- Cassidy, J. and Shaver, P. R. (2016). *Handbook of attachment theory, research and clinical applications*. New York, NY: The Guilford Press.
- Clear, S. J., Gardner, A. A., Webb, H. J. and Zimmer, G. (2019). Common and Distinct Correlates of Depression, Anxiety, and Aggression: Attachment and Emotion Regulation of Sadness and Anger. *Journal of Adult Development* <https://doi.org/10.1007/s10804-019-09333-0>.
- Hair Jr, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. and Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis*. USA: Pearson Education.
- Hazan, C. and Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3):511-524.
- Hornsveld, R. H. J., Muris, P. and Kraaimaat, F. W. (2011). The novaco anger scale–provocation inventory (1994 Version) in Dutch forensic psychiatric patients. *Psychological Assessment*, 23(4):937-44.
- Lovibond, S. H. and Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychological Foundation Monograph.
- Malekpour, M., Zangeneh, S. and Aghababaei, S. (2012). A study of the psychometric properties of Novaco Anger Questionnaire (short form) in Isfahan City. *Journal of Cognitive and Behavioral Science*, 2(1):1-8(Text in Persian).
- Moeller, S. B., Novaco, R. W., Heinola-Nielsen, V. and Hougaard, H. (2016). Validation of the novaco anger scale– provocation inventory (Danish) with nonclinical, clinical, and offender samples. *Assesment*, 23(5):624 36.
- Ng, T. W. H., Sorensen, K. L., Zhang, Y. and Yim, F. H. K. (2019). Anger, anxiety, depression, and negative affect: Convergent or divergent? *Journal of Vocational Behavior* 110(Part A):186-202.
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment* (pp. 21-61). Chicago: University of Chicago.
- Ormel, J., Kessler, R. C. and Schoevers, R. (2019). Depression: more treatment but no drop in prevalence: how effective is treatment? and how can we do better? *Current Opinion in Psychiatry*, 32(4):348-354.

- Ribeiro, A., Ribeiro, J. P. and von Doellinger, O. (2018). Depression and psychodynamic psychotherapy. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(1):105-109.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. and Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (Eleventh edition.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Simon, H. L. M., DiPlacido, J. and Conway, J. M. (2019). Attachment styles in college students and depression: The mediating role of self-differentiation. *Mental Health & Prevention*, 13(2):135-142.
- Spruit, A., Goos, L., Weenink, N., Rodenburg, R., Niemeyer, H., Stams, G. J. and Colonna, C. (2020). The Relation Between Attachment and Depression in Children and Adolescents: A Multilevel Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(1):54-69.

اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سوگیری توجه و بازداری هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

بهزاد تقی‌پور^{۱*}، سجاد بشرپور^۲، رقیه برزگران^۳، نرجس
زارع^۴ و نعمت زالی کره‌ناب^۵

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سوگیری توجه و بازداری هیجان زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی بود. این مطالعه نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود که به مراکز جامع سلامت شهر اردبیل در پاییز سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند، ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به طور تصادفی در دو گروه برابر آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۸ هفته تحت آموزش تنظیم هیجان قرار گرفت، و در این مدت بر گروه گواه، هیچ مداخله اعمال نشد. برای جمع‌آوری داده‌ها از نرم‌افزار دات‌پروب و پرسشنامه بازداری هیجان استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج به‌دست آمده از مقایسه پس‌آزمون دو گروه نشان داد که نمرات پس‌آزمون سوگیری توجه و کنترل هیجان گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری داشت. این نتایج نشان دادند که آموزش تنظیم هیجان موجب کاهش نمرات سوگیری توجه و بازداری هیجان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شد. مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان آموزش تنظیم هیجان را به عنوان یک روش مؤثر در جهت کاهش سوگیری توجه و بازداری هیجان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پیشنهاد کرد.

کلیدواژه‌ها: آموزش تنظیم هیجان، اختلال اضطراب اجتماعی، بازداری هیجانی، سوگیری توجه

۱. *نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران behzad.taaghipuor1386@gmail.com

۲. استاد روان‌شناسی، روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. basharpoor_sajjad@yahoo.com

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اردبیل، اردبیل، ایران. r.barzegaran.95@gmail.com

۴. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. nargeszare72@gmail.com

۵. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. nemat_zali@yahoo.com

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی، مهم‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلال اضطرابی است، که اشاره به ترس پایدار از موقعیت‌های اجتماعی داشته که به انزوای اجتماعی، و در صورت عدم انجام مداخلات درمانی به صورت ناتوان‌کننده به تشدید تنش و اضطراب در موقعیت‌ها و فعالیت‌های روزمره نیز منجر می‌شود (پولانزیک، سلوم، سوگایا، کی^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). این افراد تصور می‌کنند که طرف مقابل گفتگو آن‌ها را رد می‌کند یا با او مخالفت می‌کند. بنابراین، از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند و سطوح بالایی از استرس‌های مکرر را تجربه می‌کنند (فارمر و کاشدان^۲، ۲۰۱۵). اختلال اضطراب اجتماعی با کیفیت زندگی و عملکرد شغلی پایین و با انواع متفاوتی از اختلالات پزشکی و روانی همراه است (واشبورن، ویلسون، روتز، آرنیک و هارکنس^۳، ۲۰۱۶). این اختلال چهارمین اختلال روانی شایع در آمریکا است، همچنین بررسی‌های همه‌گیرشناسی شیوع این اختلال را در زنان بیشتر از مردان گزارش کرده است (سادوگ و سادوک^۴، ۲۰۱۵).

یکی از عوامل مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی سازه سوگیری‌های توجه‌است، بدین معنا که توجه این بیماران به جای تمرکز بر موقعیت و ارزیابی نحوه واکنش مناسب، بر تهدیدآمیز بودن آن موقعیت معطوف شده، و در نتیجه سوگیری منفی نسبت به موقعیت‌ها و رفتارهای اجتماعی داشته و آن‌ها را خطرناک قلمداد می‌کنند. افراد مضطرب سوگیری توجه افراطی نسبت به محرک‌هایی تهدیدکننده نشان می‌دهند. این افراد مستعد آن هستند که به خود و برخی رخدادها به‌طور انتخابی توجه و از بقیه موارد صرف‌نظر کنند. آن‌ها با اینکار تلاش می‌کنند ثابت کنند که اگر چه موقعیت خود را ترس‌آور تلقی می‌کنند، اما این ترس را برای خود موجه دانسته و لذا واکنششان درست است (آوو و سینگر^۵، ۲۰۱۵). اگر آن‌ها ترس خود را به غلط موجه نشان دهند، اضطرابشان با این واکنش انتخابی تقویت می‌شود و بدین ترتیب دور باطلی از اضطراب به‌وجود می‌آید که یک سوی آن ادراک تحریف‌شده آن‌ها از موقعیت‌های

-
1. Polanczyk, Salum, Sugaya and Caye
 2. Farmer, and Kashdan
 3. Washburn, Wilson, Roes, Rnic and Harkness
 4. SadockandSadock
 5. Aueand singer

اجتماعی و عملکردی است که در آن قرار دارند و سوی دیگرش سوء برداشت از عملکرد خود در آن موقعیت و برداشت منفی از واکنش دیگر افراد نسبت به عملکردشان است که به تشدید اضطراب اجتماعی و عملکردی در آن‌ها منتهی می‌شود (کریستوفرسن^۱، ۲۰۱۶). از عوامل دیگر مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی سازه‌بازداری هیجانی است (گراس^۲، ۲۰۱۵). معیارهای تشخیصی برای اختلال اضطراب اجتماعی حاکی از تغییر مشکلات مربوط به هیجان و وابسته به خود است، در واقع مشکلات مربوط به تنظیم هیجان در این اختلال هم در سطح درون فردی و هم در سطح برون فردی گزارش شده است (جزایری، موریسون، گلدین و گروس^۳، ۲۰۱۵). بازداری هیجانی به کاهش ابراز عاطفی چه به صورت ارادی مانند بازداری فعال و چه به صورت غیر ارادی اطلاق می‌شود این سازه به منزله تمایل به بازداری و سرکوب هیجان تجربه شده است. افراد دارای طرحواره بازداری هیجانی محدودیت‌های بیشتری در ابراز هیجان خود نشان داده و از بیان هیجان و گفتگو درباره آن‌ها به شدت گریزانند، از لحاظ عاطفی بی تفاوت بوده و بیشتر خویشتن‌دار هستند، این افراد معمولاً دلسوزی و محبت خود را بیان نمی‌کنند و اغلب تمایلات ستیزه‌جویانه خود را سرکوب می‌کنند. همچنین فعالیت بیش از اندازه سیستم بازداری به صفات شخصیتی اضطرابی، حساسیت زیاد نسبت به محرک‌های تهدیدکننده و رفتارهای مرتبط با اضطراب مانند نشخوارفکری و نگرانی منجر می‌شود. در مقابل توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، مقابله آن‌ها را با رخدادهای چالش‌انگیز زندگی آسان کرده و موجب ارتقای بهداشت روان آن‌ها می‌شود (گراس، ۲۰۱۵).

یکی از رویکردهای مبتنی بر روان‌درمانی آموزش تنظیم هیجانی است. این شیوه از آموزش شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه است که در جهت افزایش و حفظ مؤلفه‌های هیجانی مثبت و کاهش مؤلفه‌های منفی به کار برده می‌شود (گراس، ۲۰۱۵). دشواری در تنظیم هیجان‌ها، یک مشخصه اساسی است که با آسیب‌های روان‌شناختی متنوع در طی زندگی مشخص می‌شود (فرناندز، جزایری و گراس^۴، ۲۰۱۶). از متداول‌ترین راهبردهای تنظیم هیجان

-
1. Kristoffersen
 2. Gross
 3. Jazaieri, Morission and Goldin
 4. Fernandez and Jazaieri

راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است (دساتنیک، بل‌بهار، نولت، کراولی^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). این راهبردها به دو دسته مثبت (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، بازاریابی مثبت، اتخاذ دیدگاه) و منفی (سرزنش خود و دیگران، فاجعه‌انگاری، نشخوار فکری) تقسیم می‌شوند، راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی با کاهش هیجان‌های منفی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی و راهبردهای منفی تنظیم هیجانی با جلوه‌های از هیجان‌های منفی از قبیل افسردگی و اضطراب، رابطه دارد. شیوع بالای اختلالات اضطرابی و سایر مشکلات هیجانی موجب شده که محققان به عوامل مرتبط با این مشکلات توجه کنند. یکی از این عوامل، وجود نوعی اختلال در نظم هیجانی است (گراس، ۲۰۱۵). آموزش فرایندهای شناختی تنظیم هیجان به این افراد کمک می‌کنند تا بتوانند، مدیریت به نظم در آوردن هیجان‌ها را بر عهده گرفته و از این طریق در تنظیم هیجان‌ها بعد از مواجهه با رویدادهای استرس‌زا توانا شوند (گرانفسکی و کرایج^۲، ۲۰۱۶). بنابراین، با توجه به این حقیقت که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در معرض تهدید سوگیری توجه و بازداری هیجانی قرار دارند، و مطالعه تحقیقات پژوهشی از قبیل تحقیقات تاسیانی‌انگ و یومانس^۳ (۲۰۱۸)، روبین‌فالكون، وبر، کایشون، اچستر^۴ و همکاران (۲۰۱۸)، گای، ژانگ، وی، دونگ^۵ و همکاران (۲۰۱۷)، خوسلا^۶ (۲۰۱۷)، کیم و لی^۷ (۲۰۱۷)، گرانفسکی و کرایج (۲۰۱۶) و وانگ، لی، کویون، لی^۸ و همکاران، (۲۰۱۶) نشان می‌دهد که این شیوه از آموزش می‌تواند باعث به نظم در آوردن هیجان‌ها، کاستن از سطوح استرس و اضطراب و مشکلات افراد در حوزه‌های روان‌شناختی شود. بر همین اساس این فرضیه در مطالعه حاضر آزمون شد که آموزش تنظیم هیجان موجب کاهش سوگیری توجه و بازداری هیجانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود.

-
1. Desatnik, Bel-Bahar, Nolte and Crowley
 2. Garnefskiand Kraaij
 3. Tusiani-Eng and Yemons
 4. Rubin-Falcone, Weber, Kishon and Ochsner
 5. Gay, Zhang, Wei and Dong
 6. Khosla
 7. Kim and Lee
 8. Wang, Lee, Kweon and Lee

روش

طرح این پژوهش نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، و به لحاظ هدف کاربردی است. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود که به مراکز جامع سلامت شهر اردبیل در پاییز ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. در روش نیمه‌آزمایشی حداقل هر کدام از گروه‌های مداخله و کنترل می‌تواند ۱۵ نفر در نظر گرفت. بنابراین، از بین جامعه فوق تعداد ۳۰ نفر به شیوه روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. برای انتخاب بیماران، کلیه مراجعان به مرکز جامع سلامت ابتدا توسط پزشکان مرکز مورد معاینه و در صورت داشتن علائم مشکوک به اختلال اضطراب اجتماعی به روان‌شناس مرکز ارجاع و سپس تشخیص نهایی توسط روان‌شناس با استفاده از مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5 داده شد. معیارهای ورود شامل: تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، نداشتن اختلال‌های همبود، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی، داشتن مدرک تحصیلی حداقل دیپلم، همچنین معیارهای خروج شامل: غیبت حتی یک جلسه در جلسه درمان در گروه آزمایش و بروز استرس حاد در جریان مداخله بود. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است.

نرم‌افزار دات پروب: این آزمون توسط برنامه رایانه‌ای (اتورویر) تدوین شده است، در این برنامه دو مستطیل در سمت چپ و راست مانیتور و یک قطع مرکزی به عنوان نقطه ثابت در مرکز صفحه وجود دارد. داخل مستطیل‌ها جمله‌ها و واژه‌های تهدیدکننده و خنثی روی نمایشگر به صورت همزمان و برای مدت کمی ارائه می‌شوند. سپس دو کلمه ناپدید شده و یک محرک هدف (*) جای یکی از کلمات ظاهر می‌شود، کلمات در دو گروه ۴۰ کوششی ارائه می‌شوند. برای نمره‌گذاری ابتدا یک علامت * به مدت ۵۰۰ میلی ثانیه در وسط صفحه رایانه، برای تثبیت کانون توجه آزمودنی ارائه می‌شد. در ادامه دو محرک (واژه) که یکی دارای بار هیجانی تهدیدآمیز مثل سخنرانی و دیگری یک کلمه خنثی مثل سیب بود. یکی در سمت چپ و دیگری در سمت راست ظاهر می‌شد. پس از ۶۰۰ میلی ثانیه دو محرک ناپدید شده و یک پروب (در اینجا فلش رو به بالا و رو به پایین) به جای یکی از دو محرک خنثی و

تهدیدکننده ارائه می‌شد. نیمی از پروپ‌ها جانشین محرک خنثی و نیمی دیگر جانشین محرک‌های تهدیدآمیز می‌شدند. آزمودنی باید جهت پروپ را به‌طور صحیحی مشخص کند، اگر زمانی که پروپ جانشین محرک‌های مرتبط با تهدید شده، زمان واکنش آزمودنی کم‌تر از حالت جانشینی پروپ به جای محرک‌های خنثی بود، در این صورت آزمودنی سوگیری توجه نسبت به محرک‌های مرتبط با تهدید را نشان می‌دهد. در چنین وضعیتی اگر آزمودنی به محرک تهدیدآمیز بیش از حد توجه کند، به این معنا است که محتوای واژه‌های تهدیدکننده، توجه آزمودنی را بیشتر از واژه‌های خنثی جلب کرده است، در مقابل اگر زمان واکنش آزمودنی هنگامی که پروپ جانشین محرک‌های خنثی شده کم‌تر از حالت جانشینی پروپ به جای محرک‌های مرتبط با تهدید باشد. در چنین حالتی آزمودنی اجتناب توجه نسبت به محرک‌های مرتبط با تهدید را نشان می‌دهد. بدین ترتیب زمان واکنش سریع‌تر به محرک مربوط به تهدید در مقایسه با واکنش به محرک خنثی سوگیری توجه تعریف شده است (تونشد و دوکا^۱، ۲۰۰۱)، در ایران البوغیش، شتاب بوشهری، دانشفر و عابدانزاده (۱۳۹۶) پایایی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش کردند، در این پژوهش پایایی آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۱ به‌دست آمد.

پرسشنامه بازداری هیجان^۲: بازداری هیجانی راجر و نجاریان^۳ (۱۹۸۷) ۱۴ گویه دو گزینه‌ای است که به صورت درست و غلط نمره‌گذاری می‌شود. به گزینه درست و غلط به ترتیب نمره ۱ و صفر تعلق می‌گیرد. حداقل و حداکثر نمره در بازداری هیجانی صفر و ۱۴ است، نمره بالا نشان‌دهنده آن است که شرکت‌کننده هیجان‌های خود را بازداری می‌کند. بازداری هیجانی یکی از زیر مقیاس‌های پرسشنامه کنترل هیجانی است که در این تحقیق صرفاً از مقیاس بازداری هیجانی این پرسشنامه استفاده شده است. پایایی بازداری هیجانی با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شده است (راجر و نجاریان، ۱۹۸۹). همچنین پایایی مقیاس بازداری هیجانی در ایران توسط نامدار، سرابیان و خاتون ذبیحی حصاری (۱۳۹۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۱ گزارش شده است. پایایی بازداری هیجانی در پژوهش

-
1. Tonshend and Duka
 2. Emotional Inhabitation Questionnaire.
 3. Roger and Najarian

حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

روند مداخله: بعد از انتخاب بیماران ابتدا از پرسشنامه بازداري هیجانی و نرم افزار دات پروب برای به دست آوردن نمره های پیش آزمون قبل از اجرای جلسه های آموزش بر روی شرکت کنندگان به اجرا در آمد. برای اقناع گروه کنترل به آنها تعهد کتبی داده شد که بعد از دوره های آموزشی تنظیم هیجان خدمات روان شناختی و مداخلات درمانی به صورت کاملاً رایگان برای آنها ارائه خواهد شد. سپس جلسات درمانی بر اساس یک طرح از پیش تعیین شده به مدت ۸ هفته بر روی شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. این در حالی بود که شرکت کنندگان گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمان، شرکت کنندگان هر دو گروه برای به دست آوردن نمره های پس آزمون توسط پرسشنامه های مذکور، مجدداً ارزیابی شدند. در این پژوهش آموزش تنظیم هیجان بر اساس مدل گراس، مبتنی بر پروتکل ارائه شده توسط گراس، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای روی گروه دریافت کننده آموزش مهارت تنظیم هیجان گراس انجام شد (گراس، ۲۰۰۲).

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزشی تنظیم هیجان

جلسه	هدف	محتوا	تغییر مورد انتظار	تکالیف
۱	برقراری ارتباط درمانی،	معارفه و آشنایی، اشتراک اهداف	برقراری رابطه بهینه	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در گروه
۲	انتخاب موقعیت	جلسات آموزشی با تمام اعضای گروه شامل توضیح قوانین گروه، برقراری ارتباط با اعضا و اجرای پیش آزمون، ارائه برنامه جلسات و زمان بندی آنها	ما بین اعضا و با روان شناس	ارائه گزارش از بیان موقعیت های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان ها، اطلاعات راجع به ابعاد گوناگون هیجان و تأثیرات کوتاه مدت و دراز مدت مختلف هیجان ها

۳	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی	بررسی تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن‌ها، نقش هیجان‌ها در برقرار کردن ارتباط با دیگران و تأثیرگذاری روی آن‌ها و همچنین سازمان‌دهی و برانگیزاندن رفتار بین اعضا	توانایی خودارزیابی در جهت شناختن تجارب هیجانی خود و راهبردهای خود تنظیمی	ارائه مثال‌های از تجارب واقعی
۴	اصلاح موقعیت	بررسی تکالیف جلسه قبل، ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان، جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب موقعیت	به‌کارگیری راهبردهای حل مسئله و اصلاح موقعیت	گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض
۵	آموزش مهارت‌های توجه	بررسی تکالیف جلسه قبل، تغییر توجه، توقف کردن نشخوارفکری و نگرانی	توانایی به‌کارگیری مهارت تغییر توجه	ارائه گزارش از تغییر توجه در گروه
۶	ارزیابی شناختی و بازارزیابی	بررسی تکالیف جلسه قبل، تغییر ارزیابی‌های شناختی، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها بر روی حالت‌های هیجانی	تشخیص پی بردن به پردازش ذهنی شناختی در زندگی روزمره	اجرای تمرینات راهبردهای ارزیابی شناختی در زندگی روزمره
۷	آموزش ابزار هیجان	بررسی تکالیف جلسه قبل، تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان مواجهه، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی	توانایی شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن	تمرین ابزار هیجانی با توجه به استفاده از روش‌های تعدیل پاسخ هیجانی
۸	ارزیابی و کاربرد	بررسی تکالیف جلسه قبل، بررسی مجدد و رفع موانع کاربرد، بررسی میزان نیل به اهداف فردی و گروه، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف، جمع‌بندی کلی و اجرای پس‌آزمون	توانایی به‌کارگیری مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی	

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی تحقیق (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات سوگیری توجه و بازداری هیجانی دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی سوگیری توجه و بازداری هیجان

گروه	مقیاس	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مداخله آموزشی	سوگیری توجه	۲۴/۷۳	۴/۰۲	۱۷/۰۵	۳/۵۶
	بازداری هیجان	۷/۲۰	۳/۳۴	۴/۵۳	۳/۱۸
کنترل	سوگیری توجه	۲۴/۱۵	۳/۹۵	۲۵/۳۵	۳/۴۸
	بازداری هیجان	۷/۸۰	۳/۳۴	۸/۵۳	۳/۱۹

برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کوواریانس استفاده شد. از این رو از آزمون کولموگراف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد که نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین توزیع نمرات با توزیع نرمال پیش‌آزمون سوگیری توجه ($\text{sig}=0/25$) و بازداری هیجانی ($\text{sig}=0/39$) و پس‌آزمون سوگیری توجه ($\text{sig}=0/34$) و بازداری هیجانی ($\text{sig}=0/31$) وجود ندارد، از این رو فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید شد. علاوه بر این برای بررسی همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون سوگیری توجه ($F=1/93, \text{sig}=0/34$)، بازداری هیجان ($F=1/55, \text{sig}=0/28$)، و پس‌آزمون سوگیری توجه ($F=1/42, \text{sig}=0/32$)، بازداری هیجانی ($F=1/24, \text{sig}=0/35$)، پیش فرض برابری واریانس‌ها مورد تأیید است. همچنین از سطح معناداری تعامل گروه و پیش‌آزمون‌ها برای بررسی همگنی شیب رگرسیون استفاده شد که با توجه به نتایج به دست آمده مفروضه‌های همگنی شیب رگرسیون رد نشد. با تأیید این فرضیه‌ها امکان تحلیل کوواریانس فراهم شد، در جدول سه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول (۳)، هر چهار آماره یعنی اثریلائی، لامبدای ویلکز، اثرهتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی ($F=200/65, P<0/01$) معنادار است.

جدول ۳: تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین‌های سوگیری توجه و بازداری هیجان

آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	Sig	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۹۰	۲۰۰/۶۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۵۹	۲۰۰/۶۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰
اثر هتلینگ	۱۶/۰۵	۲۰۰/۶۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰
بزرگترین ریشه روی	۱۶/۰۵	۲۰۰/۶۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰

در جدول (۴) نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره در جهت بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سوگیری توجه و بازداری هیجانی در گروه‌های آزمایشی و کنترل ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول ۴، تفاوت معناداری بین نمرات پس‌آزمون سوگیری توجه ($F=167/27$) و بازداری هیجان ($F=188/32$) وجود دارد ($P=0/01$). بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کاهش سوگیری توجه و بازداری هیجان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مورد تأیید است.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه میانگین‌های سوگیری توجه و بازداری هیجان

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	اندازه اثر
سوگیری توجه	۵۵۸/۴۴	۱	۵۵۸/۴۴	۱۶۷/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶	
بازداری هیجان	۱۴۰۸/۲۴	۱	۱۴۰۸/۲۴	۱۸۸/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۷	
سوگیری توجه	۱۰۸/۱۳	۱	۱۰۸/۱۳	۳۳/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹	
بازداری هیجان	۴۲/۹۳	۱	۴۲/۹۳	۵/۷۳	۰/۰۲۴	۰/۱۸	
خطا	۸۶/۸۰	۲۸	۳/۳۳				
بازداری هیجان	۱۹۴/۵۲	۲۸	۷/۴۸				

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سوگیری توجه و بازداری هیجان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند کاهش معناداری در سوگیری توجه زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ایجاد کند. این نتایج به صورت غیر مستقیم همسو با نتایج گراس (۲۰۱۵)، جزایری و همکاران، (۲۰۱۵)

و فرناندز و همکاران (۲۰۱۶) است. در تبیین این نتیجه می‌توان بیان کرد که شواهد بالینی و پژوهشی متعددی وجود دارد که نشان‌دهنده نقض سوگیری توجه بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی است، در واقع بیماران مضطرب نسبت به سایر افراد در گروه بهنجار بیشتر به محرک‌های تهدیدآمیز توجه نشان می‌دهند، این گفتار همسو با مدل‌های مفهومی اضطراب است که اعتقاد دارند این بیماران واکنش‌های غیر طبیعی افراطی نسبت به محرک‌های تهدیدآمیز دارند. نظریه‌های شناختی نیز در زمینه سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی بر نقش توجه سوگیرانه و منفی تأکید دارند که قضاوت در حیطه رخدادها را منحرف ساخته و باعث تشدید علائم اضطراب می‌شود (آوو و سینگر، ۲۰۱۵). این توجه افراطی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی خود را به شکل سوء برداشت از رفتارهای دیگران و خود به هنگام انجام عملکرد در حضور دیگران نشان می‌دهد، که به ایجاد موجی از هیجانات منفی و اضطراب در این بیماران منجر می‌شود. در آموزش تنظیم هیجان بیماران یاد می‌گیرند که چگونه به اصلاح سوگیری‌های منفی با استفاده از راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان اقدام کنند، در این شیوه از آموزش بیماران این توانایی را به دست می‌آورند که با بودن در زمان حال، به جای واکنش افراطی و سوءگیرانه نسبت به موقعیت‌های که از نظر آن‌ها تهدیدآمیز است و هیجانات خود، ادراک واقع‌بینانه‌تری از میزان تهدید و هیجانات خود داشته باشند، در آموزش تنظیم هیجان بیماران توانایی به کنترل در آوردن هیجان‌اتشان در زمان‌ها و موقعیت‌های مختلف عملکردی را با تمرین عینی و مشاهده خود بیمار از میزان سوگیری نسبت به محرک‌های تهدیدآمیز و میزان تهدیدآمیز بودن آن‌ها به هنگام وجود هیجان مثبت و منفی به دست می‌آورند، در مجموع استفاده از راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان آشنایی با انواع مختلف هیجان‌ها و نقش آن‌ها در میزان تهدیدآمیز بودن موقعیت‌های اجتماعی و توانایی مدیریت آن‌ها میزان سوگیری توجه به محرک‌های تهدیدآمیز را در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به صورت قابل توجهی کاهش داد.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که تفاوت معناداری نیز بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در مقیاس بازداری هیجان وجود دارد و افراد گروه آزمایش بازداری هیجانی کم‌تری را نسبت به گروه کنترل گزارش کردند، این تفاوت ناشی از اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر بازداری هیجانی گروه آزمایش است. این نتایج همسو با نتایج روبین‌فالكونو

همکاران (۲۰۱۸)، خوسلا (۲۰۱۷) و وانگو همکاران، (۲۰۱۶) است. در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که هیجان عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است و نقص در آن با اختلالات اجتماعی و انزوای اجتماعی ارتباط دارد. افراد مضطرب در بیان هیجانی دچار مشکل بوده و ابراز هیجانی کم‌تری را نسبت به سایر افراد از خود نشان می‌دهند، افرادی که به هنگام رویارویی با تنش‌ها و تضادها سعی در تنظیم و کنترل احساسات خود دارند و هیجان‌های خود را ابراز نمی‌کنند و بیشتر از طریق بازداری روان‌شناختی با تجارب استرس‌زا مقابله می‌کنند، دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند که این امر سلامت روان و جسم آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، عدم نظم‌دهی به هیجان‌ها به تداخل در ادراک کنترل فرد بر رویدادهای تنش‌زا منجر می‌شود (گراس، ۲۰۱۵). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی با بازداری هیجانی افراطی رفتارهای منفی از قبیل نشخوار نسبت به محرک‌های تهدیدکننده را به صورت افراطی در خود پرورش داده و به اجتناب از موقعیت‌هایی می‌پردازند که به قضاوت در خصوص عملکرد آن‌ها منجر می‌شود. در آموزش تنظیم هیجان بیماران یادمی‌گیرند که چگونه به ابراز هیجانی در موقعیت‌های مختلف چه به صورت تخیلی و چه به صورت واقعی اقدام کنند. در این شیوه از آموزش، بیماران با ابراز هیجانی در زمان حال از انتقال هیجانی (در اینجا هیجان منفی بروز نشده در موقعیت‌های اجتماعی) و ترس شناختی به دیگر موقعیت‌های مشابه جلوگیری کردند و از نشخوار و نگرانی افراطی آن‌ها در خصوص عملکرد اجتماعی کاسته شد. در آموزش تنظیم هیجان با توانمندشدن بیماران از نظر هیجانی، مقابله آن‌ها با رخداد‌های چالش‌انگیز زندگی (در اینجا عملکرد در مقابل رخداد‌های و موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی) آسان شده و موجب می‌شود تا آن‌ها ابراز هیجانی بیشتر و مثبت‌تر نسبت به موقعیت‌های تهدیدکننده داشته باشند، با آموزش تنظیم هیجان و شناخت هیجان‌ها، این بیماران در رویارویی با رخداد‌های تهدیدکننده، هیجان خود را تشخیص و به ابراز هیجانی پرداختند.

از محدودیت‌های این تحقیق نداشتن برنامه‌ای در جهت پیگیری اثربخشی آموزش تنظیم هیجان در طی زمان، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، محدودیت جغرافیایی، محدودیت جامعه آماری (زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی)، محدودیت در تعمیم یافته‌ها و خودگزارش‌دهی بود. بنابراین، در جهت افزایش روایی بیرونی پیشنهاد می‌شود که این

تحقیق با جامعه و محدوده جغرافیایی متفاوت و به روش نمونه گیری تصادفی اجرا شود. در بخش پیشنهاد کاربردی نیز با توجه به اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر سوگیری توجه و بازداری هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پیشنهاد می شود که به منظور بهبود این متغیرها از این شیوه آموزشی در مراکز جامع سلامت و درمانی استفاده بهینه شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه افراد شرکت کننده در این پژوهش و همچنین از مسئولان محترم مرکز جامع سلامت سید حاتمی صمیمانه سپاسگزاری و قدردانی می شود.

منابع

البوغییش، سعید، شتاب بوشهری، ناهید، دانشفر، افخم و عابدانزاده رسول (۱۳۹۶). بررسی زمان عکس العمل در تکلیف همخوان و ناهمخوان اثر استروپ در سالمندان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۱(۷): ۶۶-۷۴.

نامدار، امیر، سرابیان، سعید و خاتون ذبیحی حصار، نرجس (۱۳۹۸). رابطه کنترل هیجانی و نظم جویی هیجان با رضایت زناشویی در زوجین ۲۰-۴۵ ساله. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۷): ۶۲۳-۶۱۴.

Alboghbeish, S., ShetabBoushehri, N.S., Daneshfar, A., and Abedanzadeh, R. (2017). Assessment of reaction time in congruent and incongruent dual task Stroop effect in the elderly. *Qom University Sciences Journal*, 11(7): 66-74 (Text in Persian).

Aue, T. and singer, H. (2015). Expectancy biases in fear and anxiety and their link to biases in attention. *Clinical psychology Review*, 42: 83-95. DOI: 10.1016/J.cpr.2015.08.005.

Desatnik, A., Bel-Bahar, T., Nolte, T., Crowley, M., Fonagy, P. and Fearon, P. (2017). Emotion regulation in adolescents: An ERP study. *Biology Psychology*, 129: 52-61. DOI: 10.1016/J.biopsycho.2017.08.001.

Farmer, A.S. and Kashdan, T.B. (2015). Stress sensitivity and stress generation in social anxiety disorder: a temporal process approach. *Journal Abnormal Psychology*, 124(1): 102-114.

Fernandez, K.C., Jazaieri, H. and Gross, J.J. (2016). Emotion regulation: A trans diagnostic perspective on a new RDOC domain. *Cognitive Therapy and Research*, 40(30): 426-440.

Gay, Y.P., Zhang, S.M., Wei, G., Dong, W. and Deng, G.H. (2017). Relationship

- between cognitive emotion regulation, social support, resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: Exploring multiple mediation model. *Journal of Psychiatry Research*, 1(1): 71-78.
- Gross, J.J. (2015). Emotion Regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1): 1-26.
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Affective cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3): 281-291.
- Jazaieri, H., Morission, A.S., Goldin, P.R. and Gross, J.J. (2015). The role of emotion ans emotion regulation in social anxiety disorder. *Current Psychiatry Report*, 17(1): 531. DOI: 10.1007/s11920-014-0531-3.
- Kim, S.R. and Lee, S.M. (2017). Resilient college student in school to-work transition. *International Journal of Stress Management*, 51(2): 214-227.
- Khosla, M. (2017). Resilience and Heath: Implications for Interventions and policy making. *Journal of National Academy of Psychology*, 63(3): 233-240.
- Kristoffersen, J.T. (2016). *Attention bias modification and emotion regulation in depression recurrence*, Thesis for the degree of Doctor in Clinical Psychology. University of Oslo.
- Klemanski, D. H., Curtiss, J., McLaughlin, K. A. and Nolen-Hoeksema, S. (2017). Emotion regulation and the trans diagnostic role of repetitive negative thinking in adolescents with social anxiety and depression. *Cognitive Therapy Research*, 41(2): 206-219.
- Namdar, A., Sarabian, S. and Khaton, N. (2019). Relationship between emotional control and marital satisfaction in 20 to 45 years old boy. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 62(7): 614-623. (Text in Persian).
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A. and Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorder in children and adolescents. *Journal children Psychology*, 56(3): 345-356.
- Reghuram, R. and Mathias, J.A. (2014). A study on occurrence of social anxiety among nursing students and its correlation with professional adjustment in selected nursing institutions at Mangalore. NitteUniversity. *Journal Health Science*, 4(2): 64-69.
- Roger, D. and Najarian, B. (1989). The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality & Individual Differences*, 10(8): 845-853.
- Rubin-Falcone, H., Weber, J., Kishon, R., Ochsner., Delaparte, L., Dore, B., Zanderigo, F., Oquendo, M.A., Mann, J.J. and Miller, J.M. (2018). Longitudinal effect of cognitive behavioral therapy for depression on the neural correlates of emotion regulation. *Journal of Psychiatry Research*, 271(4): 82-90.
- Sadock, B.J., Sadock. and P.R. (2015). *Kaplan and Sadocks pocket handbook of clinical psychiatry*. 11th ed.
- Townshend, J.M. and Duka, T. (2001). Attentional bias associated with alcohol cues: Differences between heavy and occasional social drinkers. *Psychopharmacology*, 157(1): 67-74.
- Tusiani-Eng, P. and Yemons, K. (2018). Borderline Personality Disorder: Barriers to

Borderline Personality Disorder Treatment and Opportunities for Advocacy. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4): 695-709.

Wang, S.M., Lee, H.K., Kweon, Y.S., Lee, C.T., Chae, J.H., Kim., J.J. and Lee, K.U. (2016). Effect of emotion regulation training in patients with panic disorder: Evidenced by heart rate variability measures. *Journal of General Hospital Psychiatry*, 40(3): 68-73.

Washburn, D., Wilson, G., Roes, M., Rnic, K. and Harkness, K.L. (2016). Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and com or bid conditions. *Journal Anxiety Disorder*, 37; 71-77. DOI: 10.1016/j.janxdis.2015.11.004.

نقش رگه‌های سرشت و منش، نیازهای بنیادی
روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در
سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان اتیسم

محمد نریمانی^۱، نوشین فایزی^{۲*}، جمال سوره^۳ و
وحید فلاحی^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش رگه‌های سرشت و منش، نیازهای بنیادی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری در سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان اتیسم شهر اهواز اجرا شد. روش پژوهش توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری تمامی مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم شهر اهواز در سال ۱۳۹۷ بود. حجم نمونه شامل ۱۳۰ مادر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی اهواز، پرسشنامه سرشت و منش، مقیاس نیازهای روان‌شناختی اساسی و سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی بود. داده‌ها با روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان از وجود رابطه منفی بین آسیب‌پذیری و وابستگی-پاداش با سرسختی و رابطه مثبت و معناداری بین سایر ابعاد سرشت و منش، نیازهای بنیادی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با سرسختی روان‌شناختی بود. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد که از بین خرده مقیاس‌های متغیرهای پیش‌بین خود-فراروی، نوجویی، شایستگی و ادراک راه‌حل‌های جایگزین توانایی پیش‌بینی سرسختی روان‌شناختی را داشتند. می‌توان با بهبود و ارتقای شایستگی و ارتباط، نوجویی و خود-فراروی و ادراک راه‌حل‌های جایگزین در مادران در جهت بهبود سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان اتیسم گام برداشت و بدین صورت بر بهزیستی روانی آن‌ها افزود.

کلید واژه‌ها: اتیسم، انعطاف‌پذیری، سرشت و منش، سرسختی و نیازهای بنیادی روان‌شناختی

۱. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران، اردبیل. m_narimani@uma.ac.ir

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران، اردبیل.
nooshin.fayez@yaho.com

۳. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران، اردبیل. jamal.sooreh@gmail.com

۴. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران، اردبیل. Vahid.fallahi.68@gmail.com

DOI: 10.22051/psy.2020.24684.1842

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

مقدمه

اختلال طیف اتیسم^۱ (ASD)، اختلالی است که ملاک‌های تشخیصی آن بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ (DSM-5) به صورت نقصان مداوم ارتباط و تعاملات اجتماعی در موقعیت‌های مختلف، رفتار و فعالیت‌های تکراری محدود و در اوایل دوران رشد بروز یافته باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). اختلال طیف اتیسم با شیوع تقریبی ۱/۷ درصد در کودکان تخمین زده شده است. نیاز به مراقبت از این کودکان بسیار مهم است، والدین و خواهر و برادران را نیز تحت تأثیر قرار داده و به منابع حمایتی قابل توجهی در جامعه احتیاج دارد (بايو، ويگینز و کریستینسن^۴، ۲۰۱۸). وجود کودک اتیسم در یک خانواده اغلب آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر خانواده وارد می‌کند (وینر، هپ بورن و مک ماهون^۵، ۲۰۱۶). بیماری پایدار کودک، اضطراب درباره آینده او، انزوای اجتماعی، به تعویق افتادن تشخیص و نشانه‌های همراه و دسترسی ضعیف به خدمات بهداشتی و حمایت اجتماعی سبب می‌شود که والدین این کودکان مشکلات روانی را تجربه کنند (لیلی و تانگل^۶، ۲۰۱۵). مطالعات فراتحلیلی نشان داده‌اند که مراقبت از کودک مبتلا به اتیسم با استرس والدینی بیشتر همراه است. والدین فرزندان مبتلا به اتیسم علاوه بر تجربه سطح قابل توجهی از استرس، در معرض خطر ابتلا به نگرانی‌های سلامت روان هستند، زیرا سطح بالایی از علائم افسردگی و پریشانی‌های روان‌شناختی را نشان می‌دهند. علاوه بر این، در مقایسه با والدین کودکان دارای ناتوانی ذهنی، تأخیر در رشد، اختلالات رفتاری، سندرم داون یا کودکان در حال رشد، افزایش افسردگی را نشان می‌دهد (هایز و واتسون^۷، ۲۰۱۳). همچنین، تعدادی از پژوهش‌ها آشکار کردند که استرس والدینی با علائم اختلالات طیف اتیسم مرتبط (میراندا، میرا، برنگور، روسلو و همکاران^۸، ۲۰۱۹) و سطوح استرس والدینی بیشتر با سرسختی کم‌تری در ارتباط است

-
1. Autism Spectrum Disorder (ASD)
 2. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5)
 3. American Psychiatric Association
 4. Baio, Wiggins and Christensen
 5. Wainer, Hepburn and McMahon
 6. Lilly and Tungol
 7. Hayes and Watson
 8. Miranda, Mira, Berenguer and Rosello

(فرناندز، کاناوارو و موریرا^۱، ۲۰۲۰). مسأله سرسختی روان‌شناختی از متغیرهایی است که امروزه به آن در کنار آسیب‌شناسی روانی ناشی از استرسورهای مختلف از جمله کودکان استثنایی توجه شده است. سرسختی روان‌شناختی^۲ مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی است که به‌عنوان منبع مقاومت در برابر فشارهای زندگی و استرس عمل می‌کند. افراد سرسخت انعطاف‌پذیری بالایی دارند و به‌جای اتکا بر جنبه‌های ثابت زندگی بر انجام تغییرات و تطابق با شرایط تمرکز دارند (فیشر، متیو، پاول و دلفابرو^۳، ۲۰۱۶).

نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که سرسختی بارگه‌های شخصیت (لورینگ، هیتون، بندرت، نیسس و همکاران^۴، ۲۰۱۵) از جمله مدل زیستی-روانی سرشت و منش^۵ کلونینجر^۶ ارتباط دارد (زاپیتلی، هتچ، کاتانو، زونتاسوآرز^۷ و همکاران، ۲۰۱۳). سرشت بخش زیستی و ارثی شخصیت است. هم‌چنین، منش را بخش محیط ساخته شخصیت می‌دانند. منش تعارض بین ابعاد مختلف سرشت را تنظیم و منجر به یکپارچگی شخصیت می‌شود (موریرا، کلونینجر، روچا، ایوبرا^۸ و همکاران، ۲۰۱۷). ابعاد سرشت از جمله مؤلفه آسیب‌پرهیزی و پافشاری دارای ویژگی‌هایی هستند که زمینه را برای تحمل و سرسختی فراهم می‌کند. به‌طوری‌که مؤلفه آسیب‌پرهیزی شامل تمایل ارثی در مهار رفتار، تمایل ارثی در پاسخ به پیام‌های تنبیه و فقدان پاداش‌های ناکام‌کننده است. با این حال اشکال آسیب‌پرهیزی آن است که حتی وقتی احتمال خطر نمی‌رود، هنوز فرد در انتظار آن است و این به مهار غیر انطباقی منجر می‌شود و سرسختی در مادر کودک اتیسم کاهش می‌یابد (کلونینجر، پرزبیک، سراکیک و وتزل^۹، ۱۹۹۴). ابراهیمی و نعمت طاووسی (۱۳۹۷) نیز دریافتند که رگه‌های شخصیتی توانایی پیش‌بینی سرسختی را دارند.

یکی از متغیرهایی که انرژی لازم برای کمک به درگیری فعال با محیط، پرورش مهارت‌ها

-
1. Fernandes, Canavarro and Moreira
 2. psychological hardiness
 3. Fischer, Matthew, Paul and Delfabbro
 4. Lovering, Heaton, Banderet and Neises
 5. temperament and character
 6. Cloninger
 7. Zappitelli, Bordin, Hatch and Caetano
 8. Moreira, Cloninger, Rocha and Oliveira
 9. Przybeck, Svrakic and Wetzel

و رشد سالم را فراهم می‌کند، نیازهای بنیادی روان‌شناختی^۱ است (دسی و ریان^۲، ۲۰۱۱). بر اساس این نظریه، نیازهای اساسی روان‌شناختی عبارت‌اند از: خودمختاری^۳، شایستگی^۴ و ارتباط^۵ (واندرکامن، هافمن و تیونز^۶، ۲۰۱۴). سرسختی نیز به‌مثابه سپری در مقابل استرس در موقعیت‌های گوناگون عمل می‌کند که بیان‌کننده خودمختاری است و همچنین خودپیروی را در فرد افزایش می‌دهد و باعث ارتقا و بهبود عملکرد در فرد می‌شود و ارضای این سه نیاز را که برای پیشرفت انسان ضروری است، هر زمان که این نیازها مورد تهدید قرار گیرند، ناسازگاری رخ می‌دهد (چن، وانستینکیست، بیرز، بون^۷ و همکاران، ۲۰۱۵). عرب‌زاده (۱۳۹۶) دریافت که خودمختاری، شایستگی و ارتباط با سرزندگی ذهنی ارتباط مثبت و معناداری دارند. انعطاف‌پذیری شناختی^۸ نیز از عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی مادران است و برای مقابله و سازگاری بهتر با تغییرات، به طیف گسترده‌ای از راه‌حل‌های ممکن و انعطاف در انتخاب روش‌های مقابله با مشکلات نیاز دارند (کوبیلینسکا و کوسیو^۹، ۲۰۱۹). مارشال و بروکمن^{۱۰} (۲۰۱۶) نشان دادند که رابطه معناداری بین انعطاف‌پذیری، خود-پذیری با سرسختی وجود دارد. یافته‌های پژوهشی دنشام، ویلیامز، جانسون و تامرکوب^{۱۱} (۲۰۱۶)، نشان داد که هم‌بستگی بالایی بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کیفیت زندگی وجود دارد. همچنین اصغری ابراهیم‌آباد و ممی‌زاده اوجور (۱۳۹۷) نشان دادند که بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سرسختی رابطه مستقیمی وجود دارد. جانکو، ویشریچ و ریپ^{۱۲} (۲۰۱۴) نشان دادند که انعطاف‌پذیری شناختی کم‌تر، بر توانایی استفاده از بازسازی شناختی که یک‌راه کاهش پریشانی عاطفی است، تأثیر منفی می‌گذارد و انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر به افراد اجازه می‌دهد بر

-
3. basic psychological needs
 2. Deci and Ryan
 3. autonomy
 4. competence
 5. related
 6. Vandercammen, Hofmans and Theuns
 7. Chen, Vansteenkiste, Beyers and Boone
 8. cognitive flexibility
 9. Kobylińska and Kusev
 10. Marshall and Brockman
 11. Densham, Williams, Johnson and Tumer-Cobb
 12. Johnco, Wuthrich and Rapee

روش‌های جایگزین تمرکز بیشتری داشته باشند و با استفاده از سرسختی بر پریشانی عاطفی غلبه کنند.

بنابراین، با توجه به نتایج پژوهش‌ها و لزوم توجه به میزان شیوع اختلال اتیسم و تأثیر این اختلال بر تعامل‌های والد-کودک، توجه به مفاهیم و سازه‌های روان‌شناختی مانند رگه‌های سرشت و منش، نیازهای بنیادی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بالا بردن سطح دانش، مهارت‌ها و اعتمادبه‌نفس والدین می‌تواند گامی مثبت در جهت کمک به بهبود سرسختی روان‌شناختی والدین، خانواده و در نتیجه جامعه باشد؛ بنابراین، توجه به سازه سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان اتیسم بسیار مهم است، زیرا بر توانایی آن‌ها برای سازگاری با حضور یک کودک ناتوان در خانواده بسیار تأثیرگذار است. به همین جهت هدف از این پژوهش بررسی نقش رگه‌های سرشت و منش، نیازهای بنیادی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در سرسختی مادران کودکان اتیسم است. از این رو، فرضیه‌های پژوهش حاضر به این صورت مطرح می‌شود که (۱) بین رگه‌های سرشت و منش، نیازهای بنیادی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری با سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان اتیسم رابطه وجود دارد و (۲) رگه‌های سرشت، نیازهای بنیادی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش معناداری در پیش‌بینی سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان اتیسم دارند.

روش

طرح پژوهش حاضر، توصیفی از نوع هم‌بستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی مادران مراجعه‌کننده به مراکز سازمان‌دهی، درمان و توان‌بخشی اختلالات اتیستیک شهر اهواز در سال ۱۳۹۷ را دربرمی‌گرفت که دارای حداقل یک کودک مبتلا به اتیسم بودند. حجم نمونه شامل ۱۳۰ نفر بود که با استفاده از فرمول کوکران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پژوهشگر با توضیح هدف پژوهش، کسب رضایت و دادن اطمینان به شرکت‌کننده‌ها مبنی بر محرمانه بودن پاسخ‌هایشان از آن‌ها خواست تا به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند. روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون به روش ورود و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامهٔ سرسختی روان‌شناختی اهواز^۱ (AHI): این پرسشنامه توسط کیامرثی، نجاریان و مهربابی‌زاده (۱۳۷۷) ساخته شد و شیوهٔ نمره‌گذاری این پرسشنامه ۲۷ گویه‌ای بر اساس مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های ۲۱، ۱۷، ۱۳، ۱۰، ۷، ۶ در این پرسشنامه معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ سرسختی روان‌شناختی بالا در افراد است. در پژوهش رحیمیان بوگر و اصغرنژاد فرید (۱۳۸۷)، برای بررسی روایی هم‌زمان، این مقیاس به‌طور هم‌زمان با پرسش‌نامهٔ اضطراب ۰/۵۵، افسردگی ۰/۶۲، مقیاس خودشکوفایی ۰/۵۵ و اعتبار سازه‌های سرسختی ۰/۵۱ هم‌بسته شد که هم‌بستگی معناداری به‌دست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آمد.

پرسشنامهٔ سرشت و منش^۲ (TCI): این پرسشنامه به‌وسیلهٔ کلونینجر^۳ و همکارانش پرایزبک، سوراکیک و وتزل^۴ در سال ۱۹۹۴ برای سنجش چهار بعد سرشتی (نوجویی^۵، آسیب‌پرهیزی^۶، پاداش-وابستگی^۷ و پشتکار^۸) شخصیت و سه بعد منش (خودراهبردی^۹، خودفراروی^{۱۰} و همکاری^{۱۱}) تنظیم‌شده و نسخهٔ کوتاه آن ۱۲۵ گویه دارد. نمره‌گذاری به‌صورت صحیح (۱) و غلط (۰) است. ضرایب همسانی درونی پرسشنامه در نمونه اصلی برای ابعاد سرشتی (آسیب‌پرهیزی، نوجویی، پاداش و وابستگی و پشتکار) به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۷، ۰/۷۶ و ۰/۶۵ و برای ابعاد منشی (خودراهبردی، خودفراروی و همکاری) به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۹ و ۰/۸۴ گزارش شد (کلونینجر و همکاران، ۱۹۹۴). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۱ و برای خرده مقیاس‌های بیان‌شده در

-
1. Ahwaz Hardiness Inventory (AHI)
 2. Temperament and Character Inventory (TCI)
 3. Cloninger
 4. Przybeck, Svrakic and Wetzel
 5. Novelty-seeking
 6. harm avoidance
 7. reward dependence
 8. persistence
 9. self-defectiveness
 10. self-transcendence
 11. cooperatives

نقش رگه‌های سرشت و منش، نیازهای بنیادی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در ۶۳

بالا به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۶۹، ۰/۷۵، ۰/۷۰، ۰/۸۲، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس نیازهای روان‌شناختی اساسی^۱: برای اندازه‌گیری این متغیر از مقیاس نیازهای روان‌شناختی اساسی (لاگواردیا، ریان، کاجمن^۲ و دسی، ۲۰۰۰) استفاده شد. این مقیاس از ۲۱ گویه تشکیل شده است که سه نیاز روان‌شناختی خودمختاری^۳، شایستگی^۴ و ارتباط^۵ را می‌سنجد. گویه‌ها بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۴) تنظیم شده‌اند. نمره کل مقیاس از طریق جمع کردن نمره سه خرده مقیاس به دست می‌آید. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش دسی، ریان، گالگن، لئو^۶ و همکاران (۲۰۰۱) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ حاصل شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌های بیان‌شده در بالا به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)^۷: این پرسشنامه را دنیس و وندروال^۸ (۲۰۱۰) ساخته‌اند که شامل ۲۰ گویه و نمره‌گذاری آن از ۱ تا ۴ است و سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را می‌سنجد: ۱- ادراک کنترل‌پذیری: ادراک موقعیت‌های تنش‌زا به‌عنوان موقعیت‌های قابل کنترل؛ ۲- ادراک توجیه رفتار: توانایی ایجاد چندین راه‌حل مختلف؛ ۳- ادراک گزینه‌های مختلف: توانایی ایجاد چندین گزینه جایگزین. دنیس و وندروال (۲۰۱۰) نشان دادند که روایی هم‌زمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک، ۰/۳۹ و روایی هم‌گرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین^۹ (۱۹۹۵) ۰/۷۵ هست. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۱ برای خرده مقیاس‌های بیان‌شده در بالا به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۲ و ۰/۷۷ به دست آمد.

-
1. Basic Needs Psychological Scale
 2. LaGuardia and Couchman
 3. autonomy
 4. competence
 5. related
 6. Leone, Usunov and Kornazheva
 7. Cognitive Flexibility Inventory
 8. Dennis and Vander Wal
 9. Cognitive Flexibility Scale (CFS; Martin and Robin, 1995)

یافته‌ها

میانگین سنی نمونه پژوهشی ۳۳ سال بود. ۳۷ درصد از شرکت‌کننده‌ها دیپلم، ۴۷ درصد از نظر میزان تحصیلات لیسانس و ۱۶ درصد، فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. برای بررسی هم‌بستگی بین متغیرهای سرسختی روان‌شناختی، رگه‌های سرشت و منش، نیازهای بنیادی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از آزمون هم‌بستگی پیرسون استفاده شد. قبل از اجرای آزمون هم‌بستگی، نرمال بودن توزیع به وسیله آزمون کالموگروف-اسمیروف بررسی شد که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع بود.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کالموگروف-اسمیروف	معناداری
سرسختی	۵۴/۴۰	۱۲/۰۵	۱/۲۴	۰/۲۱
نوجویی	۹/۸۳	۲/۳۹	۱/۷۳	۰/۴۳
آسیب‌پرهیزی	۹/۲۵	۲/۷۱	۰/۹۸	۰/۱۲
وابستگی به پاداش	۸/۱۳	۲/۲۴	۱/۱۵	۰/۱۴
پافشاری	۲/۳۵	۱/۱۸	۰/۹۶	۰/۰۹
خودراهبری	۱۱/۸۹	۳/۸۶	۰/۰۵	۰/۸۱
همکاری	۱۲/۱۶	۳/۸۶	۰/۸۸	۰/۳۵
خودفراروی	۸/۱۴	۱/۵۷	۰/۶۱	۰/۷۱
نیازهای بنیادی اساسی	۱۸/۱۹	۴/۰۷	۱/۳۷	۰/۱۲
انعطاف‌پذیری شناختی	۷۰/۷۵	۱۴/۱۴	۰/۸۷	۰/۳۶

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد، ضریب هم‌بستگی بین نوجویی، آسیب‌پرهیزی، وابستگی به پاداش، پافشاری، خودراهبری، همکاری، خودفراروی، نیازهای روان‌شناختی اساسی و انعطاف‌پذیری با سرسختی در مادران کودکان اتیسم به ترتیب ۰/۴۴، ۰/۲۹، ۰/۲۷، ۰/۳۴، ۰/۲۴، ۰/۲۸، ۰/۵۳، ۰/۴۳ و ۰/۳۴ حاصل شد که همگی در سطح $p \leq 0/001$ معنادار است.

جدول ۲: همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
سرسختی	-								
نوجویی	۰/۴۴**	-							
آسیب‌پرهیزی	-۰/۲۹**	-۰/۱۸*	-						
وابستگی به پاداش	-۰/۲۷**	-۰/۲۰*	۰/۳۱**	-					
پافشاری	۰/۳۴**	۰/۳۵**	-۰/۳۶**	-۰/۱۷*	-				
خودراهبری	۰/۲۴**	۰/۲۲*	-۰/۴۱**	-۰/۲۱*	۰/۳۲**	-			
همکاری	۰/۲۸**	۰/۳۲**	-۰/۱۹*	-۰/۱۸*	۰/۳۷**	۰/۳۸**	-		
خودفراروی	۰/۵۳**	۰/۴۴**	-۰/۲۲**	-۰/۱۹*	۰/۳۲**	۰/۲۷**	۰/۳۶**	-	
نیازهای بنیادی	۰/۴۳**	۰/۴۰**	-۰/۵۳**	-۰/۳۵**	۰/۴۲**	۰/۵۲**	۰/۴۹**	۰/۵۷**	-
انعطاف‌پذیری	۰/۳۴**	۰/۳۷**	-۰/۳۳**	-۰/۲۵**	۰/۵۰**	۰/۳۶**	۰/۵۷**	۰/۵۰**	۰/۴۷**

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

یکی از مفروضه‌های تحلیل رگرسیون چندگانه مفروضه هم خطی چندگانه است که برای بررسی این مفروضه از دو آماره قدرت تحمل و عامل تورم واریانس استفاده می‌شود. اگر مقدار تحمل برای یک متغیر خاص 0.1 یا کم‌تر باشد، حاکی از هم خطی چندگانه است. روش دیگر برای محاسبه تحمل یک متغیر سنجش VIF برای هر متغیر مستقل است. مقادیر بزرگ‌تر VIF نشان‌دهنده واریانس بیشتر وزن رگرسیون آن متغیر پیش‌بین است. VIF بزرگ‌تر از 10 نشان‌دهنده هم خطی چندگانه است. با توجه به نتایج جدول (۳)، مقادیر تحمل و VIF در دامنه‌های مطلوب قرار دارند که نشان می‌دهد، بین متغیرهای مستقل هم خطی چندگانه وجود ندارد. مقدار آماره دوربین و اتسون برای بررسی مفروضه استقلال خطاها در ستون آخر نیز در فاصله $1/5$ تا $2/5$ قرار دارد؛ بنابراین، فرض استقلال بین خطاها یا عدم همبستگی بین خطاها پذیرفته می‌شود.

جدول ۳: آماره‌های قدرت تحمل، عامل تورم واریانس و دوربین واتسون برای بررسی مفروضه هم‌خطی چندگانه و استقلال خطاها بین متغیرهای مستقل پژوهش

متغیرها	آماره هم‌خطی بودن		آزمون استقلال خطاها
	قدرت تحمل	عامل تورم واریانس	
نوجویی	۱/۲۴	۰/۸۰	۱/۹۳
آسیب‌پرهیزی	۱/۰۵	۰/۹۴	
وابستگی به پاداش	۱/۰۴	۰/۹۶	
پافشاری	۱/۱۱	۰/۸۹	
خودراهبردی	۱/۰۷	۰/۹۲	
همکاری	۱/۱۵	۰/۸۶	
نیازهای روان‌شناختی	۱/۴۹	۰/۶۷	
انعطاف‌پذیری شناختی	۱/۳۳	۰/۷۴	

برای بررسی توان رگه‌های سرشت و منش، نیازهای بنیادی و انعطاف‌پذیری در پیش‌بینی سرسختی مادران کودکان اتیسم از رگرسیون به روش هم‌زمان استفاده شد. نتایج مندرج در جدول (۴) نشان می‌دهد که خودفراروی ($F=۵۰/۲۸, P\leq ۰/۰۰۱$)، نوجویی ($P\leq ۰/۰۰۱$)، شایستگی ($F=۳۱/۹۴, P\leq ۰/۰۰۱$)، ادراک توجیه‌های جایگزین ($F=۲۴/۶۶, P\leq ۰/۰۰۱$)، توانایی پیش‌بینی سرسختی روان‌شناختی را دارند. ($F=۲۰/۴۵$)

جدول ۴: نتایج رگرسیون به روش هم‌زمان برای متغیرهای پژوهش

پیش‌بین	ضرایب آماری			F P	ضریب تبیین (R^2)
	B	β	t		
مقدار ثابت	۲۷/۰۴	-	۲/۹۷		
نوجویی	۱/۲۱	۰/۲۴	۲/۹۵		
خودفراروی	۲/۸۲	۰/۳۶	۳/۸۷	۷/۶۳ ۰/۰۰۱	۰/۴۶
شایستگی	۰/۵۹	۰/۲۱	۲/۲۰		
ادراک راه‌حل جایگزین	-۱/۶۸	-۰/۲۷	-۲/۴۷		

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش رگه‌های سرشت و منش، نیازهای بنیادی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در سرسختی روان‌شناختی مادران کودکان اتیسم در شهر اهواز بود. نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده رابطه منفی و معنادار بین آسیب‌پرهیزی و وابستگی به پاداش با سرسختی و رابطه مثبت و معناداری بین نوجویی، پافشاری، خودراهبری، همکاری و خودفراروی با سرسختی بود. از بین رگه‌های سرشت و منش تنها نوجویی و خود-فراروی نقش پیش‌بینی‌کنندگی سرسختی روان‌شناختی را دارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های لورینگ و همکاران (۲۰۱۵)، ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۷) و فرناندز و همکاران (۲۰۲۰) همخوان هست. مطالعات انجام‌شده نشان داده است که علائم مادران، به‌ویژه علائم اضطراب و افسردگی، در توانایی آن‌ها در اتخاذ یک نگرش آگاهانه در فرزندپروری دخالت منفی دارد. سطوح بالاتری از علائم اضطرابی و افسردگی والدین پیش‌بینی‌کننده سطوح پایین‌تر سرسختی (موریرا و همکاران، ۲۰۱۹) و سطوح استرس والدینی بیشتر با سرسختی کم‌تری همراه است (فرناندز و همکاران، ۲۰۲۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت نوجویی نشان‌دهنده تمایل ارثی برای شروع یا فعال‌سازی مشتاقانه در پاسخ به‌تازگی، مواجهه با نشانگرهای پاداش، اجتناب فعال از نشانه‌های شرطی‌شده تنبیه و فرار از تنبیه غیرشرطی است. هم‌چنین، پافشاری نیز نشان‌دهنده تمایل ارثی برای پایداری رفتار به‌رغم محرومیت، ناکامی، خستگی و تقویت متناوب است. بر اساس مدل رویارویی یا چالش می‌توان عنوان داشت که مقداری خطر و استرس برای رشد روان‌شناختی ضروری است. در این صورت فرد ممکن است این توانایی را به‌دست آورد که تجارب و کفایت‌های رشدی را بیاموزد که او را برای اجتناب از صدمات کمک می‌کند (کلونینجر و همکاران، ۱۹۹۴). بر این اساس، وجود رفتارهای نو و همراه با خطر در نوجویی می‌تواند بر سرسختی افراد تأثیر مثبت برجای گذارد. هم‌چنین، پافشاری در موقعیت‌های استرس‌آور به شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامون و به بالا رفتن سرسختی منجر می‌شود. وابستگی به پاداش بیان‌کننده وابستگی گرم و اجتماعی، ابراز همدردی و حساسیت اجتماعی است. این افراد نازک‌دل، گرم، حساس و فداکارند. با توجه به رابطه منفی بین این بعد با سرسختی می‌توان گفت که مادران اتیسم تا نتوانند با محیط ناشی از داشتن فرزند اتیسمی وفق یابند، نتوانند در این موقعیت سرسختی خود را حفظ کنند. مؤلفه

خودفراروی بیان‌کنندهٔ افرادی است که به‌طورکلی خود را به‌عنوان بخش یکپارچه‌ای از جهان هستی تلقی می‌کنند. این افراد به‌عنوان افرادی دارای قضاوت سلیم، بصیر، بی‌ادعا و متواضع توصیف می‌شوند. از این‌رو، سرسختی افراد از طریق ادراک افراد از موقعیت‌ها، باورهای فعلی و تجارب یادگیری آن‌ها از ویژگی‌های منس تأثیر می‌پذیرند.

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهندهٔ رابطهٔ مثبت و معنادار بین نیازهای بنیادی با سرسختی روان‌شناختی در مادران دارای کودک اتیسم هست که خرده‌مقیاس‌های شایستگی و ارتباط نقش پیش‌بینی‌کنندگی سرسختی روان‌شناختی را دارند. این یافته با یافته‌های چن و همکاران (۲۰۱۵) و عرب‌زاده (۱۳۹۶) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت اگر مادران کودکان اتیسم توانایی برقراری ارتباط داشته باشند، می‌توانند در محیط خانواده و در اجتماع احساس تعلق داشته باشند و روابط نزدیکی با دیگران و اعضای خانواده و فرزند اتیستیک خود برقرار کنند. بدین‌گونه آن‌ها می‌توانند احساس آرامش بیشتری داشته باشند و ابراز وجود کنند. علاوه بر این، با توجه به آنکه در نیاز به ارتباط همهٔ افراد دوست دارند، دیگران همان‌گونه که هستند آن‌ها را درک کنند و برای آن‌ها ارزش قائل شوند و تلاش می‌کنند از روش‌های ارتباط استفاده کنند که ارزش و حرمت آن‌ها را حفظ کند، لذا می‌توانند سرسختی خود را بالا برند. همچنین، افرادی که توانایی ایجاد ارتباط گرم و صمیمی با دیگران را دارند، احساس آرامش بیشتری می‌کنند و در هنگام مواجهه با چالش‌ها بهتر عمل می‌کنند و از سرسختی بالاتری برخوردار هستند. انسان‌ها به سمت رشد و سلامت پیش می‌روند و زمانی که بیشتر احساس خودمختاری کنند، بیشتر تحریک می‌شوند و عمل می‌کنند. با توجه به نظریهٔ خودتعیین‌گری، رفتارهای خودمختاری اشاره به تمایل فرد برای پیگیری آزادانهٔ فعالیت‌های خود، نقش خواست و ارادهٔ فرد در انجام کار است، تجربهٔ رفتارهای ابتکاری را به دنبال دارد. از این‌رو، مادران کودکان اتیسمی که خودمختاری بالایی دارند، در مواجهه با تنیدگی‌هایی پیش‌آید که به علت وجود فرزند اتیستیک برای آن‌ها احتمال می‌رود، توانایی آن را دارند که با استفاده از حس خودمختاری به امتحان راه‌حل‌های گوناگون بپردازند و سپس بهترین راه‌حل را در هنگام چالش‌ها به‌کار برند و بدین ترتیب سرسختی خود را بهبود دهند. مطابق با نظریهٔ دسی و ریان (۲۰۱۱)، زمانی که افراد احساس کنند می‌توانند بر تکالیف و چالش‌هایی که با آن مواجه هستند مسلط شوند و در تغییر شرایط مؤثرند، احساس شایستگی و صلاحیت کرده و از این

طریق به ابراز توانایی‌ها و عقاید خود تمایل بیشتری نشان می‌دهند. شایستگی در یک موقعیت چالش‌برانگیز پرورش می‌یابد و سرسختی فرد را افزایش می‌دهد. احساس شایستگی، نیاز به مؤثر بودن مادر کودک اטיسم را در تعاملات پیوسته با محیط اجتماعی، کسب فرصت برای تمرین و ابراز توانایی‌های خویش، احساس قابلیت تأثیرگذاری بر محیط و کنترل آن و توانایی دسترسی به پیامدهای مطلوب را افزایش می‌دهد.

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده رابطه مثبت و معنادار بین انعطاف‌پذیری با سرسختی روان‌شناختی در مادران دارای کودک اטיسم هست و تنها ادراک راه‌حل جایگزین نقش پیش‌بینی‌کنندگی سرسختی را دارد. این یافته با یافته‌های اصغری و همکاران (۱۳۹۷)، دنشام و همکاران (۲۰۱۶) و میراندا و همکاران (۲۰۱۹) همخوان است. میراندا و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که استرس والدین با علائم اختلالات طیف اטיسم و مشکلات رفتاری کودکان ارتباط مثبت دارد. از سوی دیگر، استرس والدین با سرسختی و حمایت اجتماعی گزارش‌شده از مادران رابطه منفی داشت. این یافته‌ها نشان از لزوم ارتقاء جهت‌گیری مقابله و سرسختی با مشارکت مادران و استفاده از راهکارهای رفتاری با فرزندانشان برای کمک به آن‌ها برای کاهش فشار استرس دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد دارای انعطاف‌پذیری می‌توانند در پاسخ به خواست‌های موقعیتی متنوع به راحتی اطلاعات را دوباره سازمان‌دهی کرده و به‌کار ببرند. این افراد پیچیدگی مسائل را درک و به‌دفعات فضای مسأله را بررسی می‌کنند تا ببینند چگونه تغییر در متغیرها و اهداف می‌تواند فضا را تغییر دهد و چگونه می‌تواند این کار را انجام دهد. این افراد از توجهات جایگزین استفاده می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند، سرسختی بالاتری دارند و می‌توان این‌گونه بیان داشت، زمانی که افراد انعطاف‌ناپذیر در یک موقعیت استرس‌زا قرار می‌گیرند، یکی از راه‌ها برای سازگاری با محیط داشتن سرسختی است. افراد دارای انعطاف‌پذیری بالا در شرایط استرس‌زا، سلامت روان خود را حفظ کرده و دارای سرسختی روان‌شناختی هستند، به‌طوری‌که در برخورد با مشکلات و فشارهای زندگی، با تسلط بر افکار، هیجانات و رفتار خود، آمادگی لازم برای مقابله با چالش‌های زندگی را به‌دست می‌آورند؛ به عبارتی انعطاف‌پذیری به مقاوم شدن شخصیت، افزایش بینش و مهارت در اداره زندگی و برقراری ارتباط مؤثر با محیط اطراف و دیگران منجر می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با افزایش

توانایی مادران کودکان اتیسم در انتخاب پاسخ‌های سازگارانه و انعطاف‌پذیر به رویدادهای زندگی، آستانه تحمل آن‌ها را بالا می‌برد و واکنش آن‌ها را به محرک‌های استرس‌زا، متعادل‌تر می‌کند.

پژوهش حاضر به‌رغم نتایج قابل توجهی که داشت با محدودیت‌ها و نقاط ضعفی نیز روبرو بود از جمله نمونه پژوهشی شامل مادران کودکان اتیسم شهر اهواز بود. بنابراین، در تعمیم نتایج این پژوهش به مادران شهرهای دیگر، جوانب احتیاط را رعایت کرد. به درمانگران و مشاوران توصیه می‌شود با یافتن روش‌هایی برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و آموزش آن به مادران کودکان اتیسم یا گروه‌های دیگر در معرض آسیب روانی، بتوانند افق‌های تازه‌ای در برابر درمان و پیشگیری از آسیب‌های روانی بگشایند.

تشکر و قدردانی

از تمامی مادران کودکان اتیسم که در این پژوهش همکاری کردند و همچنین از کلیه کارکنان مراکز سازمان‌دهی، درمان و توان‌بخشی اختلالات اتیستیک شهر اهواز که پژوهشگران را یاری کردند قدردانی می‌شود.

منابع

ابراهیمی، مرضیه‌سادات و نعمت طاوسی، محترم (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای طرح‌واره‌های سازش نیافته اولیه در رابطه بین شخصیت با سرسختی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۵(۱): ۹۶-۱۱۴.

اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد و ممی‌زاده اوجور، محمد (۱۳۹۷). نقش انعطاف‌پذیری و سرسختی روان‌شناختی در تبیین بهزیستی روان‌شناختی سربازان. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱(۱)، ۳۷-۵۱.

رحیمیان بوگر، اسحاق و اصغرنژاد فرید، علی‌اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خود تاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۱): ۶۲-۷۰.

عرب‌زاده، مهدی (۱۳۹۶). رابطه نیازهای اساسی روان‌شناختی با سرزندگی ذهنی در سالمندان.

نقش رگه‌های سرشت و منش، نیازهای بنیادی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در ۷۱

مجله سالمند، ۱۲(۲): ۱۷۹-۱۷۰.

کیامرثی، آذر، نجاریان، بهمن و مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۷۷). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روان‌شناختی. *مجله روان‌شناسی*، ۲(۷): ۲۸۴-۲۷۱.

- Arabzadeh, M. (2017). The relationship between basic psychological needs and mental vitality in the elderly. *Elderly Journal*, 12 (2): 179-170 (Text in Persian).
- Asghari Ebrahim Abad, M. J. and Mamizadeh Ojour, M. (2018). The role of psychological flexibility and psychological hardiness in explaining the psychological well-being of soldiers. *Clinical Psychology Research & Counseling*, 8 (1): 51-37 (Text in Persian).
- Baio, J., Wiggins, L. and Christensen, D.L. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report(MMWR) Surveillance Summaries*. 67(6):1-23
- Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Van der Kaap-Deeder, J. and Verstuyf, J. (2015). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Journal of Motivation and Emotion*, 39(2): 216-236.
- Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 4 (3): 167-226.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M. and Wetzel, R. D. (1994). *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use, center for psychobiology f personality*. Washington University: St Louis.
- Deci, E. L. and Ryan, R. M. (2011). Levels of analysis, regnant causes of behavior and well-being: The role of psychological needs. *Journal of Psychological Inquiry*, 22 (1): 17-22.
- Deci, E. L., Ryan, R. M., Gagne, M., Leone, D. R., Usunov, J. and Kornazheva, B. P. (2001). Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former eastern bloc country: Cross-cultural study self-determination. *Journal of Society for Personality and Social Psychology*, 27 (2): 930-942.
- Dennis, J. P. and Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*. 34 (3):241-53.
- Densham, S., Williams, D., Johnson, A. and Tumer-Cobb, J. M. (2016). Enhances psychological flexibility and improved quality of life in chronic fatigue syndrome/myalgia encephalomyelitis. *Journal of Psychosomatic Research*, 88 (3): 37-42.
- Ebrahimi, M.S. and Nemat Tawassi, H. (2018). The mediating role of early unsupervised schemas in the relationship between personality and tenacity. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*, 5 (1): 114-96 (Text in Persian).

- Fernandes, D. V., Canavarro, M. C. and Moreira, H. (2020). The Mediating Role of Parenting Stress in the Relationship between Anxious and Depressive Symptomatology, Mothers' Perception of Infant Temperament, and Mindful Parenting during the Postpartum Period. *Journal of Mindfulness*, 11(6), 407-412.
- Fischer, D., Matthew, F., Paul, F. and Delfabbro, H. (2016). The relationship between psychological flexibility, early maladaptive schemas, perceived parenting and psychopathology. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(3): 169-177.
- Hayes S.A., Watson S.L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism Development Disorder*. 43(3):629-642.
- Johnco, C., Wuthrich, V.M. and Rapee, R.M. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive-behavioral treatment for anxiety and depression in older adults: Results of a pilot study. *Behavior Research and Therapy*, 10 (3):1-13.
- Kiamarsi, A., Najarian, B. and Mehrabizadeh Honarmand, M. (1998). Build and validate a scale for measuring psychological hardiness. *Journal of Psychology*, 2 (7): 284-271 (Text in Persian).
- Kobylinska, D. and Kusev, P. (2019). Flexible Emotion Regulation: How Situational Demands and Individual Differences Influence the Effectiveness of Regulatory Strategies. *Frontiers in Psychology*. 10 (5):72-86
- La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E. and Deci, E. L. (2000). Within-perseveration insecurity of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (3): 367-384.
- Lilly, J. and Tungol, J. R. (2015). Effectiveness of mindfulness based psycho-educational program on parental stress of selected mothers of children with autism. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(1): 52-56.
- Lovering, M. E., Heaton, K. J., Banderet, L. E., Neises, K., Andrews, J. and Cohen, B. S. (2015). Psychological and physical characteristics of U. S. Marine recruits. *Military Psychology*, 27(5): 261-275.
- Marshall, E. J. and Brockman, R. (2016). The relationships between psychological flexibility, Self-Compassion, and emotional well-being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(1): 60-72.
- Miranda, A., Mira, A., Berenguer, C., Rosello, B. and Baixauli, I. (2019). Parenting stress in mothers of children with Autism without intellectual disability. Mediation of Behavioral Problems and Coping Strategies. *Frontiers in Psychology*, 10(2): 464-472.
- Moreira, H., Fonseca, A., Caiado, B. and Canavarro, M. C. (2019). Work family conflict and mindful parenting: the mediating role of parental psychopathology symptoms and parenting stress in a sample of Portuguese employed parents.

Frontiers in Psychology, 10 (6): 33-42.

- Moreira, P. A. S., Cloninger, C. R., Rocha, M. J., Oliveira, J. T., Ferreira, N., Goncalves, D. M. and et al. (2017). The psychometrics of the European Portuguese version of the temperament and character inventory-revised. *Psychological Reports*, 120(6): 1178-1199.
- Murray, R. A. (2011). Interpersonal guilt and self-defeating behavior of foster youth. *Social and Behavioral Sciences*, 30 (2): 1-10.
- Rahimian Booger, I. and Asgharnejad Farid, A. A. (2008). The relationship between Psychological hardiness and self-resilience with mental health in survivors of Bam city. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14 (1): 70-62 (Text in Persian).
- Ryan, R. M. and Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1): 54-67.
- Vandercammen, L., Hofmans, J. and Theuns, P. (2014). The mediating role of affect in the relationship between need satisfaction and autonomous motivation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87(1): 62-79.
- Wainer, A. L., Hepburn, S. and McMahon Griffith, E. (2016). Remembering parents in parent-mediated early intervention: An approach to examining impact on parents and families. *Autism*, 7 (1): 1-13.
- Zappitelli, M. C., Bordin, I. A., Hatch, J. P. Caetano, S. C., ZuntaSoares, G., Olvera, R. L. and Soares, J. C. (2013). Temperament and character traits in children and adolescents with major depressive disorder: A case-control study. *Comprehensive Psychiatry*, 54 (3): 353-364.

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت
درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش تحریف‌های
شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی

المیرا کیانی‌پور^۱، فریبا حسنی^{۲*}، امیرمحسن راه‌نجات^۳ و

افسانه قنبری‌پناه^۴

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش تحریف‌های شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بود. این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش زنان با اختلال وحشت‌زدگی بودند که در سال ۱۳۹۶ به یکی از بیمارستان‌های روان‌پزشکی در تهران برای درمان سرپایی مراجعه کرده بودند و از میان آن‌ها تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای داده شدند. هر دو گروه آزمایش جداگانه در طی ۱۱ جلسه، هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت انفرادی، تحت درمان قرار گرفتند. مقیاس‌های تحریف شناختی و باور هراس پیش از آغاز درمان و پایان جلسات درمان اجرا شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کواریانس تک متغیره تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد هر دو روش طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تحریف شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی تأثیرگذار بود و موجب کاهش تحریف شناختی دو گروه آزمایش شد، اما تفاوتی معنادار در اثرگذاری دو روش درمانی وجود نداشت، همچنین تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. بنابراین، می‌توان از این دو روش در جهت بهبود تحریف شناختی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال وحشت‌زدگی؛ تحریف شناختی؛ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی؛ طرحواره درمانی هیجانی

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. elmirakianipour@gmail.com

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: hasanif949@gmail.com

۳. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران. arahnedjat@yahoo.com

۴. استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ghanbary@yahoo.com

مقدمه

اختلال وحشت‌زدگی^۱ به حمله‌های مکرر و غیرمنتظره اطلاق می‌شود که عبارت است از ترس شدید و ناگهانی به همراه احساس قریب‌الوقوع مرگ و در طی آن ۴ مورد یا بیشتر از علائم شناختی و جسمانی رخ می‌دهد. در بین حملات، بیماران ممکن است درباره وقوع حمله بعدی اضطراب پیش‌بینی داشته باشند (سادوک، سادوک و رویز^۲، ۲۰۱۵). نرخ تمام عمری اختلال وحشت‌زدگی بین ۳/۵ تا ۴/۷ درصد است (هابادی، اسیری، الوفی، الداندان، البالوی^۳، ۲۰۱۹).

یکی از موضوعات مهم در اختلال وحشت‌زدگی تحریف‌شناختی^۴ است. تحریف‌شناختی به افکار غیر منطقی گفته می‌شود که سبب ایجاد اضطراب، مشکل در روابط و اختلالات روانی می‌شود (کاتونا، کوپر و روبرستون^۵، ۲۰۱۵). تحریف‌شناختی تأثیر منفی بر تفسیر مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی نسبت به خود، دنیا، آینده و مقابله با این اختلال را دارد (کی‌واک و لی^۶، ۲۰۱۵) و به شکل‌گیری و تداوم اضطراب منجر می‌شود (کوک، مییر و نولز^۷، ۲۰۱۹).

تاکنون درمان‌های روان‌شناختی مؤثری برای اختلال وحشت‌زدگی ارائه شده است، اما تنها در نیمی از موارد بهبودی پس از درمان باقی می‌ماند (شهریاری، زارع، دهکردی، صرامی فروشانی، ۱۳۹۷). در میان این درمان‌های مؤثر می‌توان به طرحواره درمانی هیجانی^۸ اشاره کرد (لیهی^۹، ۲۰۱۵). طرحواره درمانی هیجانی، به باور و راهبردهایی اطلاق می‌شود که هنگام تجربه هیجان به کار می‌رود. این درمان با استفاده از شناسایی باور و راهبردهای دردسر ساز هیجانی، چالش با آن‌ها و اعتبار بخشی هیجانی نقش مهمی در اصلاح تحریف‌شناختی هیجانی و راهبردهای سازگارانه‌تر در مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی دارد (لیهی^۹، ۲۰۱۵). رضائی، سپهوندی و میرزائی هابیلی (۱۳۹۶)، نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی در کاهش علائم

-
1. panic disorder
 2. Sadock, Sadock and Ruiz
 3. Habadi, Asiri, Aloufi, Aldandan and Albalawi
 4. cognitive distortions
 5. Katona, Cooper and Robertson
 6. Kwak and Lee
 7. Cook, Meyer and Knowles
 8. emotional schema therapy
 9. Leahy

اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱، از دیگر مداخلات مؤثر است. این درمان نوعی شناخت درمانی است که از ذهن آگاهی بهره می‌گیرد، ذهن آگاهی به معنی توجه به شیوه خاص، هدفمند، در زمان حال، بدون قضاوت و پیشداوری است (آرمسترانگ و رایمز^۲، ۲۰۱۶) و شامل مراقبه‌های مختلف، آموزش درباره اضطراب، افسردگی و تمرینات شناختی است (یانگ، لی یو، ژنگ و لی یو^۳، ۲۰۱۵). این روش کمک می‌کند فرد خالی از قضاوت نظاره‌گر افکار خود باشد و درگیری با الگوهای تفکر منفی را کنار بگذارد و این گونه اضطراب کاهش می‌یابد (پارسنز، کرین، پارسنز و جوربک^۴، ۲۰۱۷؛ شاهمرادی، خالقی پور و مسجدی، ۱۳۹۷). مطالعات نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در بهبود مبتلایان به اختلالات اضطرابی مؤثر باشد (نی‌نومیا، سادو، پارک، فوجیسوا^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به شیوع وحشت‌زدگی در ایران و در بین زنان هزینه‌های درمان و نقش کلیدی تحریف شناختی که در سبب‌شناسی و تداوم حملات وحشت‌زدگی مطرح است، اجرا و مقایسه درمان‌های مؤثر نظیر طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی لازم به نظر می‌رسد که سبب افزایش حس کنترل و کاهش تحریف شناختی و اضطراب در مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی می‌شود. لذا پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحریف‌های شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی می‌پردازد.

روش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان با اختلال وحشت‌زدگی بودند که برای درمان سرپایی در سال ۱۳۹۶، به بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵ ارتش در تهران مراجعه کرده بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند استفاده شد. از بین آن‌ها صد نفر با

-
1. mindfulness-based cognitive therapy
 2. Armstrong and Rimes
 3. Yang, Liu, Zhang and Liu
 4. Parsons, Crane, Parsons and Fjorback
 5. Ninomiya, Sado, Park, Fujisawa,

تشخیص روان‌پزشک مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی شناسایی شدند، سپس فرم‌های مربوط به پژوهش و مقیاس باور هراس بین مبتلایان توزیع شد. از بین مبتلایان ۴۵ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و خط برش مقیاس یعنی نمره ۱۱۷ به بالا را رد می‌کردند، به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (هرگروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. سپس پیش‌آزمون در تمام گروه‌ها اجرا شد و بعد مداخله‌ها در گروه‌های آزمایش مشتمل بر ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دو بار در هفته و به صورت انفرادی انجام شد، گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد و در نهایت پس از دو ماه دوره پیگیری اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن سن بین ۲۰ - ۴۰ سال، نداشتن همبودی با اختلالات خلقی، شخصیتی، سایر اختلالات اضطرابی، مرتبط با تروما و استرس، و سواسی جبری، تشخیص اختلال وحشت‌زدگی بر پایه معیارهای ویراست پنجم راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی، جنسیت مونث، تحصیلات دیپلم به بالا و تحت سایر درمان‌های روان‌شناختی نباشند و تمایل به شرکت در پژوهش داشته باشند. در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری متغیرها از دو ابزار به شرح زیر استفاده شد:

مقیاس تحریف‌های شناختی (CDS)^۱: مقیاس حاضر را عبدالله‌زاده و سالار در سال ۱۳۸۹، برای آگاهی از تحریف‌های شناختی در زندگی روزمره طراحی شد و شامل ۲۰ گویه است که به سنجش ۱۰ تحریف شناختی تعریف شده توسط الیس^۲ پرداخته، هر تفکر نامعقول ۲ گویه دارد. ۱ و ۲ تفکر دوقطبی^۳، ۳ و ۴ تعمیم افراطی^۴، ۵ و ۶ فیلتر منفی^۵، ۷ و ۸ دست کم گرفتن نکات مثبت^۶، ۹ و ۱۰ نتیجه‌گیری شتابزده^۷، ۱۱ و ۱۴ درشت‌بینی و ریزبینی^۸، ۱۲ و ۱۳ استدلال هیجانی^۹، ۱۵ و ۱۶ بایدها^{۱۰}، ۱۷ و ۱۸ برچسب زدن^۱، ۱۹ و ۲۰ شخصی‌سازی^۲ را می‌سنجد.

-
1. cognitive distortions scale
 2. Ellis
 3. unfair comparisons
 4. overgeneralization
 5. negative filter
 6. minimizing positives
 7. Jumping to conclusions
 8. magnifying and minimization
 9. emotional reasoning
 10. Shoulds

نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت (۱- کاملاً موافقم تا ۵- کاملاً مخالفم) انجام شده و تنها گویه شماره ۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری شده است. دامنه کل نمرات از ۲۰ تا ۱۰۰ است، کسب نمره بالا به معنی تحریف شناختی کم‌تر و کسب نمره پایین به معنی تحریف‌های شناختی بیشتر است. این مقیاس دارای اعتبار و روایی داخلی است و توسط عبدالله‌زاده و سالار در سال ۱۳۸۹ بر روی جمعیت ایرانی، ۱۵۱ زن و ۱۴۶ مرد هنجاریابی شد. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط این ابزار تحقیق به وسیله آزمون T مستقل برای مقایسه دو جنس زن و مرد (با میانگین سنی ۲۵/۸) بررسی شد، برای تعیین همسانی درونی از آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد، ضریب آلفا کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۸۰ است (جلوخیان و خادمی، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر آلفا کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس باور هراس (PBI): این مقیاس را گرینبرگ در سال ۱۹۸۹، برای ارزیابی باورهای طراحی کردند که موجب واکنش فاجعه‌آمیز نسبت به تجارب بدنی و هیجانی در اختلال وحشت‌زدگی می‌شود. این مقیاس دارای ۴۲ گویه و ۴ خرده مقیاس شامل؛ اضطراب انتظار^۴ (۱ تا ۱۳)، فاجعه بدنی^۵ (۱۴ تا ۲۲)، فاجعه هیجانی^۶ (۲۳ تا ۳۲) و نارضایتی از خود^۷ (۳۲ تا ۴۲) است. افراد در یک طیف ۶ درجه‌ای لیکرت (۱- کاملاً مخالفم تا ۶- کاملاً موافقم) قرار گرفته. دامنه کل نمرات از ۴۲ تا ۲۵۲ است، کسب نمره بالا به معنی شدت باور هراس است. ونزل، شارپ، براون، گرینبرگ و بک^۸ (۲۰۰۶) روایی محتوایی مقیاس را مناسب و پایایی را توسط آلفا کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ به دست آوردند. در ایران، هدایت (۱۳۹۴) پایایی کل مقیاس را به روش آلفا کرونباخ ۰/۹۲ به دست آورده است. در پژوهش حاضر نیز آلفا کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، پس از جمع‌آوری و تنظیم اطلاعات حاصل از مقیاس‌ها،

-
1. labeling
 2. personalization
 3. Panic belief inventory
 4. waiting for anxiety
 5. physical disaster
 6. emotional disaster
 7. self discontent
 8. Wenzel, Sharp, Brown, Greenberg and Beck

از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد.

جلسات طرحواره درمانی هیجانی برای اختلال وحشت‌زدگی بر اساس مدل لیهی (۲۰۱۵) طراحی شد، سپس توسط متخصص روان‌شناس بالینی بررسی شد و در آخر پس از اعمال نظر متخصصان، راهنمای نهایی درمان تهیه شد. این برنامه طی ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دو بار در هفته و انفرادی اجرا شد. ابتدای هر جلسه تکلیف جلسه قبل بررسی می‌شد. خالقی، محمد خانی و حسنی (۱۳۹۵) در اثر بخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر، درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات را نسبتاً بالا گزارش کرده‌اند.

جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس مدل سگال (۲۰۱۲) و طی ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دو بار در هفته و انفرادی اجرا شد. در شروع هر جلسه تکلیف جلسه قبل بررسی می‌شد. سهرابی، جعفری‌فرد، زارعی و اسکندری (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای موردی نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اختلال وحشت‌زدگی تأثیر مثبت دارد و درصد بهبودی بیمار به میزان ۷۲/۴ درصد به دست آمده و این اثرات در دوره پیگیری هم تا میزان زیادی باقی می‌ماند.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی هیجانی (لیهی، ۲۰۱۵)

جلسه	هدف	محتوی	تغییر رفتار مورد نظر	تکلیف خانگی
اول	معارف و پیش‌آزمون	ارزیابی و اجرای مقیاس تحریف شناختی و دشواری در تنظیم هیجان، معرفی مدل	آگاهی از ارتباط هیجان‌ها و نیازها	تمایز بین فکر، احساس و رفتار و کارکرد هیجان
دوم	اعتبار بخشی هیجانی	فرمول‌بندی موردی، شناسایی راهبردها و طرحواره‌های هیجانی	حمایت و شناسایی راهبردهای دردمساز	ترسیم مدل توسط مراجع و شناسایی راهبردها
سوم	شناسایی و برجسب‌زنی به هیجان‌ها	اعتبار بخشی هیجانی، شناسایی و برجسب‌زنی هیجان‌ها	شناسایی و افتراق هیجان‌های اولیه و ثانویه	ثبت، مشاهده و توصیف هیجان
چهارم	عادی‌سازی هیجان	اعتبار بخشی هیجانی، عادی سازی هیجان و کاهش استرس	مقابله با دیدگاه منفی هیجانی و پذیرش هیجان	شناسایی هیجان‌های دیگران در همان شرایط
پنجم	چالش با باور غلط و پذیرش هیجان	اعتبار بخشی هیجانی، در نظر گرفتن هیجان به صورت موج	پذیرش هیجان و کاهش هیجان‌های منفی	شناسایی باورهای غلط، مطالعه حقایق هیجانی
ششم	تحمل احساسات آمیخته	اعتبار بخشی هیجانی، چالش با راهبردهای دردمساز، شناسایی راهبرد مفید	نشخوار و نگرانی کم‌تر	تحمل احساسات آمیخته
هفتم	چالش با باور ناسازگار هیجانی	چالش با باور درباره مدت هیجان، کنترل هیجان و پذیرش هیجان	ایجاد باورهای سازگارانۀ درباره مدت هیجان و...	شناسایی باورهای مراجع از هیجان (مدت، کنترل و...)
هشتم	چالش با باورهای ناسازگار هیجانی	اعتبار بخشی هیجانی، چالش با باورهای حس گناه، شرم و...	ایجاد باورهای سازگارانۀ درباره حس گناه، شرم و...	تمرینات متناسب با باورهای هیجانی (گناه، شرم و...)
نهم	بسالارفتن از نردبان معانی	اعتبار بخشی هیجانی، چالش با باورهای هیجانی، ارتباط هیجان‌ها با ارزش‌ها	آگاهی از ارتباط هیجان‌ها و ارزش‌ها	پیوند با ارزش‌های والاتر
دهم	فضاسازی هیجانی	اعتبار بخشی هیجانی، فضاسازی برای هیجان و گفتگو درباره مسائل باقی مانده	آگاهی و پذیرش مفاهیم و هیجان‌های متنوع	فضاسازی برای هیجان
یازدهم	پس‌آزمون	اجرای مجدد پرسشنامه‌ها	کاهش علائم اختلال	

جدول ۲: خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، ۲۰۱۲، به نقل از سهرابی و همکاران)

جلسه	هدف جلسه	محتوی	تغییر رفتار مورد نظر	تکالیف خانگی
اول	پیش‌آزمون، آگاهی از ذهن آگاهی	ارزیابی و اجرای مقیاس تحریف شناختی و دشواری در تنظیم هیجان، معرفی مدل	آگاهی از ذهنیت‌ها و تغییر الگوی تفکر	شناسایی هدف مراجع از شرکت در جلسات
دوم	هدایت خودکار	هدایت خودکار، تمرین کشمش خوری	آگاهی از هر لحظه	مسواک‌زدن ذهن آگاهانه
سوم	آگاهی از آنچه در بدن می‌گذرد	تمرکز بر حس‌های بدنی، کاهش واکنش به حملات وحشت زدگی	تمرکز بیشتر بر بدن و مقابله با موانع	ثبت گزارش از تجربه خوشایند، واریسی بدنی
چهارم	آشنایی با مراقبه نشسته	مراقبه نشسته و منطق اجرای آن، ثبت وقایع ناخوشایند	سرگردانی فکر و بازگشت به حال	ثبت وقایع ناخوشایند
پنجم	ماندن در زمان حال	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، اصوات، افکار، تکنیک زمان تنفس	اجرای آن در زمان های ناخوشایند	تمرین تنفس و مراقبه نشسته
ششم	پذیرش و مجوز حضور	مراقبه نشسته، به ذهن‌آوری عمدی مشکلات و همراهی با حس‌های بدنی	تماشای افکار بدون قضاوت و پذیرش	مراقبه نشسته
هفتم	جداسازی فکر از واقعیت	آموزش اینکه افکار حقایق نیستند، کار کردن با دردهیجانی، مراقبه نشسته	انجام کارهایی برای سلامتی و شفا	جداسازی فکر از واقعیت
هشتم	راهبردهایی برای پیشگیری از عود	شناسایی نشانگان عود و مقابله با عود، مراقبه نشسته	اجرای راهبردهای مقابله ای برای عود	پیشگیری و مقابله با عود
نهم	واریسی بدنی	شروعی نو برای باقی زندگی، واریسی بدن و ذهن آگاهی جهت حفظ تعادل در زندگی	تمرین منظم ذهن آگاهی	انجام تمرینات مربوط به ذهن آگاهی
دهم	سنگ، تپله و مهره	بازنگری تمرینات و ترغیب مراجع برای ادامه تمرینات، اجرای آخرین مراقبه	یافتن دلایل مثبت جهت انجام تکالیف	اجرای تمرین سنگ، تپله و مهره
یازدهم	پس‌آزمون	اجرای مجدد مقیاس‌ها	کاهش علائم اختلال	

یافته‌ها

در جدول (۳)، آماره‌های توصیفی متغیر مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها ارائه شده است. مفروضه‌های پژوهش با استفاده از آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، لوین و کرویت موخلی بررسی شده است. کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی طبیعی بودن داده‌ها و به عنوان یکی از پیش فرض‌های تحلیل کواریانس ارائه شده است. نتایج آزمون K-S نشان داد که داده‌ها در سطح معناداری ($P > 0/05$) جمع‌آوری شده، در همه، متغیرها به جز پس آزمون تحریف شناختی در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نرمال هستند و پیش فرض طبیعی بودن داده‌ها رعایت شده است. همگنی واریانس توسط آزمون لوین^۱ محاسبه شده است که نتایج آن به عنوان یکی از پیش فرض‌های تحلیل واریانس و کواریانس به کار می‌رود. تحریف شناختی به دست آمده در پیش آزمون $F(42 و 2) = 0/07$ و $P = 0/92$ و چون از مقدار $0/05$ بزرگ‌تر است، از مفروضه همگنی واریانس‌ها تخطی صورت نگرفته است، اما درباره نمرات پس آزمون و پیگیری از این مفروضه تخطی کردیم. یکی از پیش فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری مکرر، پیش فرض تساوی کواریانس‌ها بین متغیرهای وابسته است که می‌توان آن را با آزمون کرویت موخلی ارزیابی کرد. نتایج آزمون موخلی در بررسی ماتریس کواریانس معنادار است ($p < 0/05$) این بدان معناست که ناهمگنی کواریانس وجود دارد و به دلیل نقض این مفروضه، گزینه اصلاحی آزمون گرین هاوس کیسر^۲ استفاده شده است.

1. levene
2. greenhouse-geisser

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات تحریف شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌ها

گروه	آزمون‌ها	میانگین (M)	گروه کنترل (SD)
طرحواره درمانی هیجانی	آزمون پیش	۷۱/۰۷	۴/۹۰
	آزمون پس	۵۵/۸۰	۲/۹۸
	پیگیری	۵۵/۹۳	۲/۸۱
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	آزمون پیش	۷۳/۶۷	۵/۳۵
	آزمون پس	۵۶/۲۰	۲/۹۳
	پیگیری	۵۶/۴۷	۳/۱۸
بدون درمان (کنترل)	آزمون پیش	۷۲/۸۷	۵/۰۹
	آزمون پس	۷۳/۰۰	۵/۴۷
	پیگیری	۷۳/۰۰	۵/۵۱

در جدول (۴)، نتایج تجزیه و تحلیل واریانس در اندازه‌های مکرر برای بررسی تحریف شناختی در اثرهای درون گروهی (زمان) و بین گروهی (طرحواره درمانی هیجانی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل) قابل مشاهده است، اندازه اثر اصلی زمان $P=0/001$ و $F(1/06) = 309/01$ تفاوت معناداری را نشان می‌دهد و $0/88$ تغییرات درون گروهی به وسیله اثر زمان تبیین می‌شود. درباره اثر تعاملی درون گروهی بین زمان و گروه‌های درمان و کنترل نیز $P=0/001$ و $F(2/12) = 80/18$ نیز تفاوت معناداری وجود دارد و $0/79$ تعامل بین زمان با گروه قابل تبیین است. در اثر بین گروهی نیز همان‌طور که قابل مشاهده است، اثر بین گروهی معنادار است $P=0/001$ و $F(2/24) = 42/14$ و نشان از مقایسه‌پذیری تحریف شناختی در میان گروه‌های درمانی و گروه کنترل دارد. همچنین 66% تغییرات بین گروه‌ها قابل تبیین است.

جدول ۴: نتایج تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در اثرهای درون گروهی و بین گروهی

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	گرین‌هاوس کیسر	۳۴۹۹/۶۰	۱/۰۶	۳۲۹۷/۹۲	۳۰۹/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸
زمان* گروه	گرین‌هاوس کیسر	۱۸۱۶/۸۹	۲/۱۲	۸۵۵/۷۱	۸۰/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹
خطا	گرین‌هاوس کیسر	۴۷۵/۶۴	۴۴/۵۶	۱۰/۶۷			
عرض از مبدا		۵۷۶۲۴۰/۰۰	۱	۵۷۶۲۴۰/۰۰	۱۲۲۸۶/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۹۹
گروه		۳۹۵۲/۸۴	۲	۱۹۷۶/۴۲	۴۲/۱۴	۰/۰۰۰	۰/۶۶
خطا		۱۹۶۹/۸۲	۴۲	۴۶/۹۰			

مقادیر F درخصوص تفاوت بین‌آزمون‌های مختلف و بین گروه‌های مختلف معنادار است ($p < 0/01$). بنابراین، در جدول ۵ با استفاده از مقایسه زوجی رابطه دو به دو اثر بین گروهی (گروه‌های درمانی و کنترل) و درون گروهی (زمان) بررسی شد و به دلیل رعایت نشدن فرض همگنی واریانس‌ها در پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تقریبی دنت^۱ استفاده شده است. بین اثر دو درمان در نمرات تحریف‌شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما تفاوت هر یک از این روش‌های درمانی با گروه کنترل معنادار است، به عبارتی اگرچه بین این دو روش درمانی تفاوت معناداری قابل مشاهده نیست، اما هر یک به تنهایی در کاهش نمرات تحریف شناختی مؤثر است. علاوه بر آن اثر درون گروهی (زمان) بررسی شده است. بین نمرات پیش‌آزمون تحریف شناختی با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر روش‌های درمانی مؤثر بوده، اما بین نمرات پس‌آزمون تحریف شناختی با پیگیری

1. Dunnett's

تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

جدول ۵: نتایج بررسی میانگین‌های متغیرهای بین گروهی و درون گروهی

منبع (I)	منبع (J)	تفاوت میانگین‌ها I-J	انحراف استاندارد	سطح معناداری
طرحواره درمانی هیجانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۱/۱۸	۱/۱۱	۰/۶۴۶
	کنترل	-۱۲/۰۲	۱/۵۵	۰/۰۰۱
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	-۱۰/۸۴	۱/۶۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۰/۸۶	۰/۶۰	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	۱۰/۷۳	۰/۶۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۸۵۵

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحریف‌های شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بود. نتایج نشان داد که تحریف شناختی در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است و هر دو روش درمانی بر کاهش تحریف شناختی زنان مبتلا به وحشت‌زدگی مؤثر واقع شده‌اند. به علاوه مقایسه دو روش درمانی فوق حاکی از عدم تفاوت معنادار در اثرگذاری آن‌ها است. این نتیجه در راستای یافته‌های رضائی و همکاران (۱۳۹۶)، شاهمرادی و همکاران (۱۳۹۷)، لیهی (۲۰۱۵)، سادوک و همکاران (۲۰۱۵)، آرمسترانگ و رایمز (۲۰۱۶) و پارسنز و همکاران (۲۰۱۷)، کوک و همکاران (۲۰۱۹)، نی‌نومیا و همکاران (۲۰۲۰) بود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که تحریف شناختی با وحشت‌زدگی ارتباط دارد و موجب درک منفی از هیجان‌ها، موقعیت‌ها و افزایش آسیب‌پذیری فرد در برابر اختلالات می‌شود (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵). در طی جلسات درمانی، تحریف‌های شناختی فاجعه‌سازی، سرزنش خود، نشخوار فکری و باورهای نظیر کنترل اضطراب، ترکیب فکر و عمل در افراد گروه‌های آزمایش

شناسایی شد. تحقیقات نشان می‌دهد که تحریف‌های شناختی به شکل‌گیری و تداوم اضطراب منجر می‌شود (کوک و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به نتایج پژوهش حاضر طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحریف شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی مؤثر واقع شده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان گفت در طرحواره درمانی هیجانی هنگامی که یک هیجان بر انگیزته می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهند کرد که آیا این هیجان تداوم خواهد یافت، تشدید شده یا کاهش می‌یابد (رضائی و همکاران، ۱۳۹۶). در این درمان تفسیر منفی از هیجان، موجب فعال شدن باورهای ناسازگار هیجانی و شکل‌گیری اضطراب خواهد شد، در نتیجه اصلاح تفسیر منفی می‌تواند در اصلاح باورهای ناکارآمد و کاهش علائم مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی مؤثر باشد (لیهی، ۲۰۱۵). طرحواره درمانی هیجانی با استفاده از شناسایی باورها و راهبردهای دردرساز هیجانی و چالش با آنها، تکنیک‌های عادی‌سازی هیجان، فضا سازی هیجان، اعتباربخشی هیجانی و پذیرش هیجان می‌تواند در ایجاد راهبردهای سازگارانه‌تری نسبت به هیجان‌ها و اصلاح تحریف شناختی در مبتلایان به وحشت‌زدگی نقش داشته باشد (لیهی، ۲۰۱۵). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی شناخت درمانی است که از ذهن آگاهی بهره می‌گیرد و به معنی توجه به شیوه خاص، هدفمند، در زمان حال، بدون قضاوت و پیشداوری است (آرمسترانگ و رایمز، ۲۰۱۶). این درمان با تکنیک‌های ماندن در زمان حال، مراقبه نشسته و زمان تنفس شرایطی را فراهم می‌کند تا فرد بتواند خالی از قضاوت نظاره‌گر افکار و احساسات منفی خود باشد و در دام تحریف شناختی گیر نکند و درگیری با الگوهای منفی تفکر و هیجان را کنار بگذارد و این گونه اضطراب را کاهش می‌دهد (پارسنز و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین نتایج نشان داده که اثرگذاری دو روش درمانی بر بهبود تحریف شناختی تفاوت معناداری ندارد. دلیل این امر را می‌توان به این موضوع مرتبط ساخت که تمرینات توجه در ذهن آگاهی، باعث تغییر در الگوی حسی گیرنده‌های داخلی عضلانی و الگوی رمزها در مدل ذهنی طرحواره‌ای می‌شود و تغییر الگوی طرحواره‌های مشکل‌دار به اوج می‌رسد (شاهمرادی و همکاران، ۱۳۹۷). در واقع درست است که هر دو روش با روش‌های متفاوتی اثر می‌گذارند، اما در اثربخشی بر تحریف‌های شناختی به یک میزان اثربخش هستند.

اجرای این پژوهش تنها بر روی زنان ۲۰ تا ۴۰ سال مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بود که

جهت درمان سرپایی به بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵ ارتش در تهران مراجعه کرده بودند، لذا تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های سنی زنان و مردان مبتلا به وحشت‌زدگی و افراد عادی را با محدودیت مواجه می‌کند. طرحواره درمانی هیجانی طولانی مدت است، کاهش تعداد جلسات آن به ۱۱ جلسه و حضور زنان به عنوان تنها افراد شرکت‌کننده از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین پیشنهاد می‌شود، طرحواره درمانی هیجانی در زمان طولانی‌تر و تعداد جلسات بیشتری به‌منظور اثر بخشی بهتر ارائه شود. ضروری است در پژوهش‌های آتی اثرگذاری درمان‌های فوق در گروه‌های مختلف اعم از سنین مختلف، مردان، تحصیلات مختلف، متأهل، مجرد، شاغل و غیر شاغل بررسی و مقایسه شود و زمان پیگیری به حداقل ۶ ماه افزایش یابد. به علاوه به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به صورت محرمانه باقی خواهند ماند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است. بدین وسیله از ریاست بخش روان‌شناسی بالینی بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵ ارتش و تمامی افرادی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر می‌شود.

منابع

- جلوخیان، مریم و خادمی، علی (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش تحریف‌های شناختی بر میزان رضایت زناشویی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بهزیستی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۲۹(۸): ۸۹-۱۱۱.
- خالقی، محمد، محمدخانی، شهرام و حسنی، جعفر (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۲(۸): ۴۳-۵۶.
- رضائی، فاطمه، سپهوندی، محمد علی و میرزایی هابیلی، خدیجه (۱۳۹۶). اثر بخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان دختر مبتلا به اضطراب فراگیر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱(۱۳): ۴۳ - ۶۲.

سهرابی، فرامرزی، جعفری فرد، سلیمان، زارعی، سلمان و اسکندری، حسین (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال وحشت زدگی: مطالعه موردی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴ (۴): ۳۱-۴۰.

شاهمرادی، ذبیح الله، خالقی پور، شهناز و مسجدی، محسن (۱۳۹۷). مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طرحواره های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتلیکو. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*، ۶ (۷): ۴۱-۵۱. شهریاری، حسنیه، زارع، حسین، علی اکبر دهکردی، مهناز و صرامی فروشانی، غلامرضا (۱۳۹۷). اثر بخشی مداخلات شناختی رفتاری در درمان اختلال اضطراب فراگیر: یک مطالعه مروری با رویکرد فرا تحلیل. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۵ (۱۷): ۴۶۱-۴۷۸.

هدایت، میثم (۱۳۹۴). *بررسی رابطه اختلال یادگیری با باورهای هراس*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان.

- Armstrong, L. and Rimes, K. A. (2016). Mindfulness based cognitive therapy for neurotic's (stress vulnerability): A pilot randomized study. *Behavior Therapy*, 47(3): 287-298.
- Cook, S. I., Meyer, D. and Knowles, S. R. (2019). Relationships between psycho evolutionary fear of evaluation, cognitive distortions, and social anxiety symptoms: A preliminary structural equation model. *Australian Journal of Psychology*, 71(2): 92- 99.
- Habadi, M. I., Asiri, A. A., Aloufi, S. A., Aldandan, M. K. and Albalawi, A. A. (2019). Prevalence of panic disorder in the primary health care setting a systematic review and meta-analysis. *EC Microbiology*, 16(2): 01- 09.
- Hedayat, M. (2015). *Investigating the relationship between learning disability and panic beliefs*. Master thesis, Islamic Azad University Kerman Branch. (Text in Persian).
- Jelokhanian, M. and Khademi, A. (2011). Effectiveness of cognitive distortion training on marital satisfaction in women of Behzisty counseling centers in Esfahan. *Journal of Modern Psychological Research*, 29(8): 93- 115. (Text in Persian).
- Katona, C., Cooper, C. and Robertson, M. (2015). *Psychiatry at a Glance*. John Wiley & Sons.
- Khaleghi, M., Mohammadkhani, Sh. and Hasani, J. (2016). Effectiveness of emotional schema therapy in reduction of worry and anxiety signs and symptoms in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2 (8): 43-56 (Text in Persian)

- Kwak, K. H. & Lee, S. J. (2015). A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Research*, 230(3): 757-762.
- Leahy, R. L. (2015). *Emotional schema therapy*. Guilford Publications.
- Ninomiya, A., Sado, M., Park, S., Fujisawa, D., Kosugi, T., Nakagawa, A., Shirahase, J. and Mimura, M. (2020). Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy in patients with anxiety disorder in secondary care settings: A randomized controlled trial, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(2):132 - 139.
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O. and Kuyken, W. (2017). Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 95(8): 29-41.
- Rezaee, F., Sepahvandi, M. and Mirzaeahaabili, Kh. (2017). The effectiveness of emotional schema therapy on cognitive behavioral avoidance and the severity of generalized anxiety symptom of female students with generalized anxiety disorder. *Psychological Studies*. 1(13): 43 – 62 (Text in Persian).
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. and Ruiz, P. (2015). Selective serotonin reuptake inhibitors. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*, LWW.
- Shahmoradi, Z., Khaleghipour, Sh. and Masjedi, M. (2018). Comparing effectiveness of schema therapy and mindfulness based cognitive therapy on maladaptive schemas and general health in patients with vitiligo. *Journal of Health Promotion Management*, 6 (7): 41- 51 (Text in Persian).
- Shahriari, H., Zare, M., Aliakbari Dehkordi, M. and Sarami Ferooshani, G. (2018). Effectiveness of cognitive behavioral interventions in the treatment of generalized anxiety disorder: A systematic review and meta analysis. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 5(17): 461– 478. (Text in Persian).
- Sohrabi, F., JafariFard, S., Zarei, S. and Eskandari, H. (2012). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on Panic disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 4 (4): 31-40. (Text in Persian).
- Wenzel, A., Sharp, I. R., Brown, G. K., Greenberg, R. L. and Beck, A. T. (2006). Dysfunctional beliefs in panic disorder: The panic belief inventory. *Behavior Research and Therapy*, 44(6): 819-833.
- Yang, Y., Liu, Y. H., Zhang, H. F. and Liu, J. Y. (2015). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis, *International Journal of Nursing Sciences*, 2 (3): 283-294.

مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، نگرانی، فراخلق و نارسایی‌های شناختی در افراد با و بدون اختلال اضطراب فراگیر

عباس ابوالقاسمی^۱، رعنا لطفی‌بخش^۲ و مینا طاهری‌فرد^{۳*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، نگرانی، فراخلق و نارسایی‌های شناختی در افراد با و بدون اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری را تمامی بیماران زن و مرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی شهر اردبیل تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۴۷ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر براساس تشخیص روان‌پزشک و ۴۷ فرد عادی براساس مصاحبه بالینی بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تنظیم‌شناختی هیجان گارنفسکی و کریچ، مقیاس صفت فراخلق سالوی و پرسشنامه نارسایی‌شناختی برودبنت استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که میانگین نمرات راهبردهای منفی تنظیم هیجان، نگرانی و نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌طور معناداری بیشتر از افراد عادی بود. در صورتی که میانگین نمرات راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و فراخلق در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌طور معناداری از افراد عادی کم‌تر بود. این یافته‌ها بیان می‌کند که راهبردهای تنظیم هیجان، نگرانی، فراخلق و نارسایی‌های شناختی در آسیب‌شناسی و پیشگیری اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند قابلیت کاربرد داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب فراگیر، راهبردهای تنظیم هیجان، فراخلق، نگرانی، نارسایی‌های شناختی

۱. استادیار تمام روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
abolghasemi1344@guilan.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
lotfibakhsh.r@gmail.com

۳. * نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
Taherifard70@yahoo.com

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ یک بیماری روانی شایع است که با نگرانی مزمن، شدید، مداوم و غیرقابل کنترل همراه است (فونزو و اتکین^۲، ۲۰۱۶). احساس خستگی، بی‌قراری و تحریک‌پذیری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باعث افزایش تنش عضلانی، عدم تمرکز و مشکلات خواب آن‌ها می‌شود (دمارتینی، پاتل و فانچر^۳، ۲۰۱۹). شیوع اختلال اضطراب فراگیر ۲۳/۷ درصد گزارش شده است که در زنان نسبت به مردان تا دو برابر این اختلال بیشتر است (احمد، ماسالا، فایومی، ماریا^۴ و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به مشکلات هیجانی بیشتر در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (فیتزجرالد، فان، کندی، شانکمان^۵ و همکاران، ۲۰۱۷)، مدل بدتنظیمی هیجان منین و فرسکو^۶ (۲۰۱۳) در صدق تبیین آسیب‌شناسی این اختلال برآمده است. در این مدل التقاطی فرض می‌شود که هیجان‌ها می‌توانند دامنه کارکردی از هنجار تا اختلال داشته باشند. بر این اساس، سه وجه اصلی کارکرد هیجان عبارتند از: الف) مکانیسم‌های انگیزشی، ب) مکانیسم‌های تنظیمی و ج) پیامدهای بافتاری. بنابراین، در بخش مکانیسم‌های انگیزشی، سیستم انگیزش ایمنی و شدت هیجان بالا دچار بدکارکردی هستند که در شکل‌دهی اولیه نشانه‌های اضطرابی مؤثر هستند. در بخش مکانیسم‌های تنظیمی نیز منین و فرسکو (۲۰۱۳) چهار راهبرد تنظیم هیجان را مطرح کرده‌اند که بدکارکردی آن‌ها موجب شکل‌گیری اضطراب می‌شود. این راهبردهای تنظیم هیجان شامل توجه نشان‌دادن، اجازه‌دادن، فاصله‌گرفتن و ارزیابی مجدد هستند (منین و فرسکو، ۲۰۱۳). بنابراین، در صورت بدکارکردی در تنظیم هیجان و وجود شدت هیجان منفی و بدکارکردی انگیزش ایمنی نشانه‌های اضطراب شکل می‌گیرند (طاهری‌فر، فردوسی، موتابی، مظاهری وفتی، ۱۳۹۴). همچنین، راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان با اضطراب و افسردگی مرتبط است (یانگ، ساندمان و کراسک^۷، ۲۰۱۹) و مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با استفاده از

-
1. generalized anxiety disorder
 2. Fonzo and Etkin
 3. DeMartini, Patel and Fancher
 4. Ahmad, Masalha, Fayyomi and Mari'e
 5. Fitzgerald, Phan, Kennedy and Shankman
 6. Mennin and Fresco
 7. Young, Sandman and Craske

راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، اضطراب و نگرانی خود را کاهش می‌دهند (اوتله، رنا، منین و فرسکو^۱، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی^۲ است. نگرانی یک مکانیسم شناختی است که واکنش عاطفی را به محرک‌های تهدیدکننده تنظیم می‌کند (نیومن، چو و کیم^۳، ۲۰۱۷). یکی از مدل‌هایی که در آن به پیامدهای هیجانی اختلال اضطراب فراگیر توجه شده، الگوی اجتناب تقابلی نگرانی نیومن و لرا (۲۰۱۴) است. بر اساس این مدل، افراد دارای اضطراب فراگیر، نگرانی را در خود به وجود می‌آورند تا از تقابل هیجانی منفی جلوگیری کنند. این افراد از مواجه شدن با موقعیت منفی پس از یک موقعیت مثبت یا خنثی اجتناب می‌کنند و برای اینکه به طور ناگهانی با موقعیت منفی مواجه نشوند، از عامل نگرانی (که همراه با عاطفه منفی است) استفاده می‌کنند. هالین، استینمن و کاسمیرسکی^۴ (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که بین نگرانی و اختلال شناختی رابطه مثبت وجود دارد و نگرانی باعث افزایش پریشانی و اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. نیلسون، سیگستروم، اوستلینگ، وارن^۵ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که تجربه نگرانی، اضطراب و اختلال اضطراب فراگیر با افزایش سن تغییر می‌کنند.

به علاوه، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در فراخلق^۶ مشکل دارند (کیلگور، سونیس، روسو و راش^۷، ۲۰۱۶). فراخلق به توانایی آگاهی و مدیریت هیجان‌ها اشاره می‌کند و یک جنبه از هوش هیجانی است. سالوی و همکاران سه مؤلفه اصلی را در فراخلق پیدا کردند: ۱- توجه هیجانی که اشاره به درجه‌ای از آگاهی از خلقیات فرد دارد؛ ۲- تمایز هیجانی که اشاره به توانایی تمایز قائل شدن میان خلقیات دارد؛ ۳- بازسازی هیجانی که اشاره به توانایی در اصلاح خلقیات ناخوشایند یا حفظ خلقیات خوشایند دارد (سالوی، مایر، گلدمن، تروی^۸ و

-
1. O'Toole, Renna, Mennin and Fresco
 2. worry
 3. Newman, Cho and Kim
 4. Hallion, Steinman and Kusmierski
 5. Nilsson, Sigström, Östling and Waern
 6. meta mood
 7. Killgore, Sonis, Rosso and Rauch
 8. Salovey, Mayer, Goldman and Turvey

همکاران، ۱۹۹۵). کیلگور و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که بین فراخلق و حساسیت اضطرابی و علائم اضطراب ارتباط مثبت وجود دارد. احمدپناه، کشاورز، حقیقی، جهانگرد و همکاران (۲۰۱۶) در تحقیقی نشان دادند که نمرات بالا در سازه فراخلق با نمرات پایین اضطراب همراه است. همچنین فرناندز، بریتو، میارکا و دیاز-دورانا^۱ (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند که فراخلق می‌تواند پیش‌بینی‌کننده اضطراب افراد باشد.

همچنین با توجه به مشکلات شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، شواهد زیادی در زمینه نقش نارسایی‌های شناختی^۲ در اختلالات اضطرابی وجود دارد. نارسایی شناختی عبارت است از ناتوانی فرد در تکمیل تکالیفی که به طور طبیعی قادر به انجام آن است. نارسایی‌های شناختی شامل حواس پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی وعدم یادآوری اسامی است (فنگ، لی، زو، جو و چیو، ۲۰۱۶). از دیدگاه برودنبت، کوپر، فیتزجرالد و پارکز^۳ (۱۹۸۲) نارسایی شناختی به عنوان نقص در ادراک، حافظه و عملکرد حرکتی است؛ وقتی که این حرکت در جهت عملی شدن تصمیم است. اورل^۴ (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان داد که نارسایی شناختی و اختلال عملکرد مقابله‌ای در پریشانی هیجانی و رضایت از زندگی نقش مهمی دارند. عطادخت، نریمانی و فلاحیان (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که نارسایی‌های شناختی به‌طور معناداری می‌توانند اضطراب افراد را پیش‌بینی کنند. نتایج پژوهش جانکوسکی و بک^۵ (۲۰۱۹) نشان داد که بین صفات اضطرابی و نارسایی‌های شناختی ارتباط وجود دارد.

در جمع‌بندی مبانی نظری و پژوهشی مطرح شده می‌توان گفت باتوجه به وجود مشکلاتی در لوب پیشانی مغز افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و ارتباط آن با مشکلات کارکردهای شناختی و هیجانی (وانگ، ژانگ، سی، ژو، لیو^۶ و همکاران، ۲۰۱۸)، همچنین باتوجه به شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر و آسیب‌پذیری آن‌ها، شناخت متغیرهای روان‌شناختی که به

-
1. Fernández, Brito, Miarka and Díaz-de-Durana
 2. cognitive failures
 3. Broadbent, Cooper, Fitzgerald and Parkes
 4. Orrell
 5. Jankowski and Bąk
 6. Wang, Zhang Si, Xu and Liu

نحوی با اختلال اضطراب فراگیر مرتبط هستند، می‌تواند متخصصان و درمانگران را در درک هر چه بیشتر مشکلات این افراد کمک کند. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در آسیب‌شناسی و پیشگیری اختلال اضطراب فراگیر قابلیت کاربرد داشته باشد و راهگشای تحقیقات آتی باشد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، نگرانی، فراخلق و نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار است.

روش

این پژوهش توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری را تمامی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز بالینی شهر اردبیل و افراد عادی در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۴۷ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر براساس تشخیص روان‌پزشک و ۴۷ فرد عادی براساس مصاحبه بالینی بود که به صورت در دسترس انتخاب و براساس سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و جنسیت هم‌تا شدند. در تحقیقات علی-مقایسه‌ای حداقل ۱۵ نفر پیشنهاد شده است، اما برای افزایش روایی و پایایی نتایج از هر گروه ۴۷ نفر انتخاب شدند. در نهایت، پرسشنامه‌های مورد نظر بر روی افراد عادی و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اجرا و نمره‌گذاری شد. ملاک انتخاب بیماران، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر به کمک روان‌پزشک بود. ملاک‌های ورود به گروه بیماران، نداشتن همزمان اختلال سوءمصرف مواد و الکل، نداشتن سابقه اختلال روانی دیگر و داشتن حداقل تحصیلات سیکل به بالا، و ملاک‌های ورود به گروه عادی نیز نداشتن سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس، عدم تشخیص اختلال اضطراب فراگیر براساس مصاحبه بالینی قبل از ورود به مطالعه، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و داشتن حداقل تحصیلات سیکل به بالا بود. در نهایت داده‌ها از طریق تحلیل واریانس چندمتغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل شد.

ابزارهای استفاده‌شده در پژوهش به شرح زیر بود:

مقیاس تنظیم شناختی هیجان - نسخه کوتاه^۱ (CERQ-Short): نسخه کوتاه مقیاس تنظیم

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

شناختی هیجان را گارنفسکی و کریچ^۱ (۲۰۰۶) ساخته‌اند و دارای ۱۸ گویه است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در مقیاس پنج‌درجه‌ای (از هرگز=۱ تا همیشه=۵) بر حسب ۹ زیرمقیاس می‌سنجد که هر خرده‌مقیاس شامل ۴ گویه است. در پژوهش حاضر از راهبردهای مثبت و منفی استفاده شده است که راهبردهای مثبت شامل خرده‌مقیاس‌های پذیرش^۲، تمرکز مجدد مثبت^۳، برنامه‌ریزی^۴، ارزیابی مجدد مثبت^۵ و دیدگاه‌پذیری^۶ و راهبردهای منفی شامل خرده‌مقیاس‌های خودسرزنش‌گری^۷، نشخوارگری^۸، فاجعه‌سازی^۹ و ملامت‌دیگران^{۱۰} است. نمره کل هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید. بنابراین، دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس‌ها ۰/۸۰ گزارش شده است و پایایی بازآزمایی این مقیاس نشان داده است که راهبردهای مقابله‌شناختی از ثبات نسبی برخوردارند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش بشارت و بزازیان (۱۳۹۳) انسجام درونی خرده‌مقیاس‌های راهبردهای مثبت و راهبردهای منفی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۴ و ضریب پایایی بازآزمایی برای راهبردهای مثبت ۰/۷۹ و برای راهبردهای منفی ۰/۷۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۸۷ و برای راهبردهای منفی ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس صفت فراخلق^{۱۱} (TMMS): مقیاس صفت فراخلق را سالوی، میر، گلدمن، توروی^{۱۲} همکاران (۱۹۹۵) ساخته‌اند که از ۳۰ گویه و ۳ خرده‌مقیاس توجه به هیجان^{۱۳} (۱۳ گویه)،

-
1. Garnefski and Kraaij
 2. acceptance
 3. positive refocusing
 4. refocus on planning
 5. positive reappraisal
 6. Visibility
 7. self-blame
 8. focus on thought/rumination
 9. catastrophizing
 10. other blame
 11. Trait Meta-Mood Scale
 12. Salovey, Mayer, Goldman and Turvey
 13. pay attention to emotion

شفافیت هیجانی^۱ (۱۱ گویه) و ترمیم هیجان^۲ (۶ گویه) تشکیل شده است. هر سؤال براساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از هرگز=۱ تا همیشه=۵) پاسخ داده می‌شوند. دامنه نمرات این مقیاس ۱۵۰-۳۰ است. انسجام‌درونی این سه زیرمقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برابر ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۸۲ به دست آمده است (سالوی و همکاران، ۱۹۹۵). بیانی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۳ و پایایی بازآزمایی آن را با فاصله زمانی ۴ هفته ۰/۷۷ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر از نمره کل این مقیاس استفاده شده است و ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه نگرانی ایالتی پنسیلوانیا^۳ (PSWQ): پرسشنامه نگرانی ایالتی پنسیلوانیا توسط میر، میلر، متزگر و بورکوک^۴ (۱۹۹۰) ساخته شد که ۱۶ گویه دارد و نگرانی شدید، مفراط و غیرقابل کنترل را اندازه می‌گیرد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای است، به هر سؤال نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) تعلق می‌گیرد. ۱۱ سؤال پرسشنامه به طور مثبت و ۵ سؤال آن (سؤالات ۱، ۳، ۸، ۱۰، ۱۱) به طور منفی نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ است که نمره بیشتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نگرانی است. ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی بعد از چهار هفته ۰/۹۳ بود. ضریب همبستگی این آزمون با متغیرهای افسردگی، اضطراب و عزت‌نفس معنادار گزارش شده است (میر و همکاران، ۱۹۹۰). در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) ۰/۷۹ را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با اضطراب صفت ۰/۶۸ و با افسردگی ۰/۴۳ است که بیان‌کننده روایی همگرایی پرسشنامه نگرانی است (دهشیری، گلزار، برجعلی و سهرابی، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۵ به دست آمد.

پرسشنامه نارسایی‌های شناختی^۵ (CFQ): پرسشنامه نارسایی‌های شناختی توسط برودنبت،

-
1. emotional transparency
 2. emotion recovery
 3. Penn State Worry Questionnaire
 4. Meyer, Miller, Metzger and Borkovec
 5. Cognitive Failures Questionnaire

کوپر، فیتزجرالد و پارکز^۱ (۱۹۸۲) تهیه شده است که شامل ۲۵ گویه در ۴ خرده‌مقیاس حواس‌پرتی^۲ (۹ گویه)، مشکلات مربوط به حافظه^۳ (۷ گویه)، اشتباهات سهوی^۴ (۷ گویه) و فراموشی^۵ (۲ گویه) است. پاسخ به هر ماده در یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» است. دامنه نمرات از صفر تا ۱۰۰ و از فقدان لغزش شناختی تا بالاترین حد لغزش است. نمره کل نارسایی‌های شناختی برای هر فرد از جمع نمرات خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. پرسشنامه به گونه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که نمره بالاتر نشان‌دهنده نارسایی شناختی بیش‌تر است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۹ و پایایی بازآزمایی این مقیاس ۰/۸۲ (بعد از یک سال) ۰/۸۲ گزارش شده است (برودنیت و همکاران، ۱۹۸۲). یزدی و همکاران (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس نارسایی شناختی را ۰/۷۶ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی این پرسشنامه را با فاصله زمانی یک ماه ۰/۷۷ به دست آوردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۷۸ به دست آمد.

یافته‌ها

۳۳ نفر (۷۰ درصد) از افراد مبتلا به اختلال اضطراب‌فراگیر و افراد عادی زن و تعداد ۱۴ نفر (۳۰ درصد) مرد هستند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد مبتلا به اختلال اضطراب‌فراگیر ۲۶/۷ (۷/۳۸) و گروه عادی ۲۷/۵ (۸/۱۴) بود. جدول (۱) مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در افراد با و بدون اختلال اضطراب‌فراگیر را نشان می‌دهد.

-
1. Broadbent, Cooper, Fitzgerald and Parkes
 2. disturbance
 3. memory problems
 4. inadvertent mistakes
 5. forgetfulness

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در افراد با و بدون اختلال اضطراب فراگیر

افراد عادی		اضطراب فراگیر		متغیرها
SD	M	SD	M	
۴/۳۲	۱۳/۲۷	۲/۷۴	۲۴/۲۱	راهبردهای منفی هیجان
۵/۱۷	۲۶/۶۳	۴/۱۹	۱۳/۲۵	راهبردهای مثبت هیجان
۶/۱۳	۴۳/۶۱	۳/۷۰	۵۹/۹۵	نگرانی
۸/۰۸	۱۰۴/۴۵	۱۰/۶۸	۸۵/۲۵	فراخلق
۱۳/۰۵	۴۲/۳۸	۱۲/۶۳	۷۵/۴۶	نارسایی‌های شناختی

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است (BOX=۱۹/۲۶، F=۱/۲۴، P=۰/۱۷). بر اساس آزمون لون و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. همچنین توزیع نرمال متغیرها با آماره کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد که در دامنه $KS-z < ۱/۴۷ < ۰/۵۴$ و معنادار نبودند و در نتیجه توزیع متغیرها از توزیع نرمال پیروی می‌کند.

همان‌طور که نتایج آزمون مانوا در جدول (۲) مشاهده می‌شود، ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$ ؛ $F = ۱۳/۶۵$ ؛ $F = ۰/۸۶۶$ ؛ لامبدای ویلکز). این نتایج نشان می‌دهد که میان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی، از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به مجذور اتا، که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی را نشان می‌دهد، تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۰/۸۸۶ است؛ یعنی ۸۸/۶ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از متغیرهای وابسته است.

جدول ۲: نتایج آزمون معناداری مانوا برای متغیرهای مورد مطالعه در افراد با و بدون اختلال اضطراب فراگیر

متغیر	نام آزمون	مقدار	F	سطح معناداری	اندازه اثر
	اثربیلابی	۰/۸۸۶	۱۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	لامبدای ویلکز	۰/۱۱۴	۱۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸
گروه	اثربهلینگ	۷/۷۵۵	۱۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	بزرگترین ریشه روی	۷/۷۵۵	۱۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸

همان‌طور که نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری و مقادیر F، در جدول (۳) مشاهده می‌شود، راهبردهای منفی تنظیم هیجان ($F=21/41$)، نگرانی ($F=24/45$) و نارسایی‌های شناختی ($F=15/58$) در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از افراد عادی بیشتر است. همچنین مقادیر F راهبردهای مثبت تنظیم هیجان ($F=18/96$) و فراخلق ($F=96/39$) به‌طور معناداری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از افراد عادی کم‌تر است ($P < 0/001$). مقادیر مجذر اتا نشان می‌دهد که راهبردهای مثبت تنظیم هیجان ۶۷ درصد، راهبردهای تنظیم هیجان منفی ۷۰ درصد، نگرانی ۷۳ درصد، فراخلق ۴۲ درصد و نارسایی‌های شناختی ۶۲ درصد از واریانس مربوط به اختلاف بین‌گروهی را تبیین می‌کنند.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین متغیرهای مورد مطالعه در افراد با و بدون اختلال اضطراب‌فراگیر

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	Eta
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	۲۸۱۰/۵۹	۱	۲۸۱۰/۵۹	۲۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	۴۲۰۸/۹۴	۱	۴۲۰۸/۹۴	۱۸/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷
نگرانی	۶۲۷۴/۷۲	۱	۶۲۷۴/۷۲	۲۴/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۷۳
فراخلق	۸۶۵۵/۳۶	۱	۸۶۵۵/۳۶	۹۶/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲
نارسایی‌های شناختی	۲۵۷۲۳/۶۷	۱	۲۵۷۲۳/۶۷	۱۵/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، نگرانی، فراخلق و نارسایی‌های شناختی در افراد با و بدون اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، راهبردهای منفی تنظیم هیجان بیش‌تر از افراد عادی و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان کم‌تر از افراد عادی است. این نتیجه با یافته‌های فیتزجرالد و همکاران (۲۰۱۷)؛ یانگ و همکاران (۲۰۱۹) و اوتله و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود نشان دادند که علائم اضطراب با راهبردهای تنظیم هیجان مرتبط است و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان بیشتری دارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس مدل منین و فرسکو (۲۰۱۳) شدت هیجان بالا و بدکارکردی انگیزش ایمنی، به عنوان آسیب‌پذیری برای ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. همچنین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، توانایی پذیرش هیجان، افکار و حس‌های بدنی خود بدون تلاش برای تغییر، کنترل یا اجتناب از آن‌ها را ندارند. در واقع پذیرش باعث می‌شود فرد نسبت به تجربه و تمایلات درونی خود گشوده باشد تا در تماس با آن تجربه‌هایی قرار بگیرد که احتمالاً ناخوشایند هستند. همچنین در راستای نتایج پژوهش حاضر پژوهش هافمن، هیرینگ، ساویر و اسنانی (۲۰۰۹) نشان دادند که راهبرد تنظیم هیجان پذیرش و ارزیابی مجدد به‌طور موفقیت‌آمیزی برانگیختگی جسمانی اضطراب را در موقعیت اضطراب برانگیز تعدیل می‌کند. بنابراین، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به دلیل نارساکنش وری هیجانی و استفاده از راهبردهای هیجانی غیرانطباقی مانند خودسرزنش‌گری، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران، نمی‌توانند پاسخ‌های هیجانی خود را در برابر وقایع روزمره به صورت کارآمد مدیریت کنند که باعث آشفتگی و تشدید علائم اضطرابی آن‌ها می‌شود. درحالی که استفاده از راهبردهای انطباقی موجب می‌شود که فرد با نگاهی متفاوت رویدادهای منفی را ارزیابی و به جنبه‌های مثبت و فواید احتمالی توجه کند که آن رویداد در درازمدت برای وی به دنبال دارد؛ در نتیجه ناراحتی و اضطراب کم‌تری را تجربه می‌کند و راحت‌تر با آن موقعیت سازگار می‌شود.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر این بود که نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر،

به طور معناداری از افراد عادی بیشتر است. این نتایج با یافته‌های هالین و همکاران (۲۰۱۸) و ونیلسون و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود نشان دادند که رابطه مستقیمی بین نگرانی و علائم اضطراب وجود دارد و نگرانی می‌تواند اختلال اضطراب فراگیر را پیش‌بینی کند. در تبیین این یافته می‌توان به الگوی اجتناب تقابلی نگرانی نیومن و لرا (۲۰۱۴) اشاره کرد. افراد نگرانی را به وجود می‌آورند تا از غافلگیر شدن با یک موقعیت هیجانی منفی اجتناب کنند و این اجتناب ممکن است یا در سطح فیزیولوژیک یا سطح عاطفه ذهنی یا هر دو این‌ها صورت گیرد. به طور طبیعی پاسخ افراد به موقعیت‌های ترسناک با افزایش ضربان قلب و عاطفه منفی همراه است. افراد با نگران شدن قبل از موقعیت ترسناک، موجب اجتناب از افزایش پاسخ‌های طبیعی بدن می‌شوند. یعنی نگرانی برای افراد، کارکرد اجتنابی از تقابل هیجانی منفی را دارد. بنابراین، افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر به علت حساسیت بیشتر به موقعیت‌های هیجانی و فراباور مثبت درباره کارکرد نگرانی، از نگرانی در موقعیت‌های مختلف استفاده می‌کنند.

همچنین نتایج نشان داد که فراخلق در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از افراد عادی به طور معناداری کم‌تر است. این یافته با نتایج کیلگور و همکاران (۲۰۱۶)، احمدپناه و همکاران (۲۰۱۶) و فرناندز و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در این پژوهش‌ها فراخلق توان پیش‌بینی سطح اضطراب افراد بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بهره‌مندی از سطوح بالای فراخلق به نگرش مثبت به توانایی‌های عاطفی منجر شده و افراد توانایی بیشتر در اصلاح خلق منفی، مقابله و به حداقل رساندن استرس و سازگاری روان‌شناختی بالایی دارند، به طوری که فراخلق بالا با نمرات پایین اضطراب همراه است (احمدپناه، کشاورز، حقیقی، جهانگرد، باجوعلی و همکاران، ۲۰۱۶). از طرفی، افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر به علت نقص در سازه فراخلق، قابلیت هیجانی در تشخیص پاسخ‌های هیجانی مناسب در مواجهه با رویدادهای روزمره، گسترش دامنه بینش و ایجاد نگرش مثبت درباره وقایع و هیجانانگیز را ندارند. بنابراین، این افراد درک کم‌تری از ماهیت هیجان‌های خود دارند و از سوی دیگر، توان کم‌تری نیز برای فائق آمدن بر تجارب هیجانی منفی دارند که ممکن است در تشدید و تداوم خصوصیات بالینی این اختلال نقش داشته باشد.

همچنین نتایج نشان داد که نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

از افراد عادی به طور معناداری بیشتر است. این یافته با نتایج عطادخت و همکاران (۲۰۱۹) و جانکوسکی و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود نشان دادند که بین اختلال اضطراب فراگیر و نارسایی‌های شناختی ارتباط معناداری وجود دارد. بر اساس دیدگاه برودنبت و همکاران (۱۹۸۲) نارسایی‌های شناختی به دلیل تداخل با فعالیت‌های روزمره می‌تواند به مشکلات اساسی (در افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر) منجر شود. همچنین استرس، کارکردهای شناختی را مختل کرده و موجب تشدید نارسایی‌های شناختی می‌شود؛ تغییرات عصبی شیمیایی که در خلال استرس رخ می‌دهد، کارکرد مناطق قشر پیش‌پیشانی مغز را دچار اختلال می‌کند (مک‌ایوان و موريسن، ۲۰۱۳). استرس با تأثیر بر ساختارهای قشر پیش‌پیشانی مغز و با تولید نگرانی و افکار مزاحم، بر فرایندهای شناختی مانند توجه، تمرکز، کارکرد حافظه و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارند (مهتا، میتال و سوامی، ۲۰۱۴). در نتیجه، افراد مبتلا به اختلال اضطرابی به میزان زیادی دچار حواس‌پرتی، اشتباهات سهوی و فراموشی می‌شوند. همچنین، نارسایی‌های شناختی باعث آسیب‌پذیری افراد می‌شود، به طوری که با دشواری در انجام تکالیف زندگی روزمره و احساس درماندگی همراه است و می‌تواند به آشفتگی‌های هیجانی همچون افسردگی و اضطراب منجر شود (پاین و اسپنچ، ۲۰۱۴). بنابراین، به نظر می‌رسد اضطراب، نارسایی‌های شناختی را افزایش داده و در نهایت افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد.

نمونه‌گیری دردسترس، عدم کنترل متغیرهایی مانند وضعیت اجتماعی-اقتصادی و محدود بودن نمونه تحقیق از محدودیت‌های این پژوهش بودند که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که به این موارد در پژوهش‌های آتی توجه شود. همچنین با توجه به وجود تفاوت بین متغیرهای تنظیم هیجان، فراخلق، نگرانی و نارسایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به افراد عادی، متخصصان و روان‌شناسان از این نتایج می‌توانند در زمینه آسیب‌شناسی و درمان استفاده کنند.

سپاسگزاری

از کلیه مسئولان مراکز روان‌پزشکی اردبیل و شرکت‌کنندگان به خاطر همکاری صادقانه‌شان در انجام پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- بشارت، محمدعلی و بزازیان، سعیده (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *فصلنامه پیشرفت در پرستاری و مامایی*. ۲۴(۸۴): ۶۱-۷۰.
- بیانی، علی اصغر (۱۳۸۸). بررسی پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس هوش هیجانی در دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۱(۴۳): ۲۳۲-۲۳۳.
- دهشیری، غلامرضا، گلزاری، محمود، برجعلی، احمد و سهرابی، فرامرز (۱۳۸۸). خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانشجویان. *روانشناسی بالینی*، ۱(۴): ۶۷-۷۵.
- طاهری‌فر، زهرا، فردوسی، سیما، موتابی، فرشته، مظاهری، محمدعلی و فتی، لادن (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای نارسایی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین شدت هیجان منفی و انگیزش ایمنی با نشانه‌های اضطراب فراگیر. *مجله روان‌شناسی معاصر*، ۱۰(۲): ۶۶-۵۱.
- عطادخت، اکبر، نریمانی، محمد و فلاحیان، حسین (۱۳۹۸). نقش اجتناب شناختی، باورهای فراشناختی و نارسایی‌های شناختی در پیش‌بینی اضطراب حالت-صفت پرستاران. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی*. ۵(۱): ۳۵-۵۰.
- یزدی، سیده منور، درویزه، زهرا و شیخی، زهرا (۱۳۹۴). مقایسه نارسایی‌های شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و همبود. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱(۳): ۲۸-۷.
- Ahmad, M.M., Masalha, A.A., Fayyomi, H., Mari'e, L.O. and Barghouti, F (2018). Prevalence of generalized anxiety disorder in family practice clinics. *Clinical Practice*. 15(1): 945-951.
- Ahmadpanah, M., Keshavarz, M., Haghghi, M., Jahangard, L., Bajoghli, H., Sadeghi Bahmani, D. and etal. (2016). Higher emotional intelligence is related to lower test anxiety among students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* , 12(1): 133-136
- Atadokht, A., Narimani, M. and Fallahian, H. (2019). The role of cognitive avoidance, meta-cognitive beliefs and cognitive failures in predicting the state-trait anxiety in nurses. *Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Sciences*. 5(1): 35-50 (Text in Persian).
- Bayani, A. A. (2009). Reliability and validity of the persian version of students' emotional intelligence scale. *Journal of Mental Health Principles*. 11(43): 232-

223(Text in Persian).

- Besharat, M.A. and Bezazian, S. (2014). Psychometric properties of cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian society. *Journal of Advances in Nursing and Midwifery*, 24 (84): 70-61(Text in Persian).
- Broadbent, D. E., Cooper, P. F., FitzGerald, P. and Parkes, K. R. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. *British journal of clinical psychology*, 21(1): 1-16.
- Carrigan, N. and Barkus, E. (2016). A systematic review of cognitive failures in daily life: Healthy populations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 63(1): 29-42.
- Dehshiri, G., Golzari, M., Borjali, A. and Sohrabi, F. (2009). Psychometrics particularity of Farsi version of pennsylvania State Worry Questionnaire for college students. *Journal of Clinical Psychology*, 1(4), 67-75(Text in Persian).
- DeMartini, J., Patel, G. and Fancher, T. L. (2019). Generalized anxiety disorder. *Annals of internal medicine*, 170(7): 49-64.
- Feng, H., Li, G., Xu, C., Ju, C. and Qiu, X. (2016). Training rehabilitation as an effective treatment for patients with vascular cognitive impairment with no dementia. *Rehabilitation Nursing*, 42(5): 290-297.
- Fernández, M. M., Brito, C. J., Miarka, B. and Díaz-de-Durana, A. L. (2020). Anxiety and Emotional Intelligence: Comparisons Between Combat Sports, Gender and Levels Using the Trait Meta-Mood Scale and the Inventory of Situations and Anxiety Response. *Frontiers in Psychology*, 11(1):889. Doi:10.3389/fpsyg.2020.00130
- Fonzo, G. A. and Etkin, A. (2016). Brain connectivity reflects mental and physical states in generalized anxiety disorder. *Biological psychiatry*, 80(10):733-735.
- Fitzgerald, J. M., Phan, K. L., Kennedy, A. E., Shankman, S. A., Langenecker, S. A. and Klumpp, H. (2017). Prefrontal and amygdala engagement during emotional reactivity and regulation in generalized anxiety disorder. *Journal of affective disorders*, 218(1): 398-406.
- Garnefski, N. and Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8): 1659-1669.
- Hallion, L. S., Steinman, S. A. and Kusmierski, S. N. (2018). Difficulty concentrating in generalized anxiety disorder: An evaluation of incremental utility and relationship to worry. *Journal of anxiety disorders*, 53(1): 39-45.
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T. and Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5): 389-394.
- Jankowski, T. and Bąk, W. (2019). Mindfulness as a mediator of the relationship between trait anxiety, attentional control and cognitive failures. A multimodel inference approach. *Personality and Individual Differences*, 142(1): 62-71.
- Killgore, W. D., Sonis, L. A., Rosso, I. M. and Rauch, S. L. (2016). Emotional intelligence partially mediates the association between anxiety sensitivity and

- anxiety symptoms1, 2. *Psychological reports*, 118(1): 23-40.
- McEwen, B. S. and Morrison, J. H. (2013). The brain on stress: vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course. *Neuron*, 79(1): 16 -29.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L and Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Reserch and Therapy*, 28(6): 487-495.
- Mehta, S., Mittal, P. K. and Swami, M. K. (2014). Psychosocial functioning in depressive patients: A comparative study between major depressive disorder and bipolar affective disorder. *Depression Research and Treatment*. Doi:org/10.1155/2014/302741
- Mennin, D. S. and Fresco, D. M. (2013). Emotion regulation therapy. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 469-490). New York, NY: Guilford.
- Newman, M. G., Cho, S. and Kim, H. (2017). Worry and generalized anxiety disorder: A review. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. doi:10.1016/B978-0-12-809324-5.05108-7
- Newman, M. G. and Llera, S. J (2014). Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder: Evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. *Behavior Therapy*, 45(3): 283-299.
- Nilsson, J., Sigström, R., Östling, S., Waern, M. and Skoog, I. (2019). Changes in the expression of worries, anxiety, and generalized anxiety disorder with increasing age: A population study of 70 to 85-year-olds. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(2): 249-257.
- Orrell, M. (2018). Emotional distress mediates the relationship between cognitive failures, dysfunctional coping and life satisfaction in older people living in sheltered housing: A structural equation modelling approach. *International journal of geriatric psychiatry*, 34(1): 179-185
- O'Toole, M. S., Renna, M. E., Mennin, D. S. and Fresco, D. M. (2019). Changes in decentering and reappraisal temporally precede symptom reduction during Emotion Regulation Therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Behavior therapy*, 50(6): 1042-1052.
- Payne, T. and Schnapp, M. (2014). The relationship between negative affect and reported cognitive failures. *Depression Research and Treatment*. doi.org/10.1155/2014/396195
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. and Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, & health* (p. 125–154). *American Psychological Association*. https://doi.org/10.1037/10182-006
- Taherifar, Z., Ferdowsi, Sima., Mootabi, Fereshteh., Mazaheri, M.A. and Fata, L. (2016). The mediating role of emotion dysregulation strategies on the relationship between negative emotion intensity and safety motivation with generalized anxiety symptoms. *Contemporary Psychology*. 10(2): 51-66.
- Wang, H. Y., Zhang, X. X., Si, C. P., Xu, Y., Liu, Q., Bian, H. T. and Yan, Z. R.

- (2018). Prefrontoparietal dysfunction during emotion regulation in anxiety disorder: a meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14(1): 1183-1198.
- Yazdi, S.M., Darvizeh, Z. and Sheikhi, Z. (2015). Comparison of cognitive impairments and coping strategies in patients with major depressive disorder, generalized anxiety disorder, and comorbidity. *Psychological Studies*, 11 (3): 28-7 (Text in Persian).
- Young, K. S., Sandman, C. F. and Craske, M. G. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain sciences*, 9(4): 76-83.

**نقش واسطه‌ای بی‌حوصلگی و ترس از در حاشیه
ماندن در رابطه بین نشانگان افسردگی و استفاده
مشکل‌زا از تلفن همراه**

سلیمان زارعی^۱

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین نقش واسطه‌ای بی‌حوصلگی و ترس از در حاشیه ماندن در رابطه بین نشانگان افسردگی و استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه انجام شد. پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهر نورآباد در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود. از این جامعه تعداد ۲۷۶ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس چندبعدی حالت بی‌حوصلگی، ویرایش دوم سیاهه افسردگی بک، مقیاس استفاده مفرط از تلفن همراه و مقیاس ترس از در حاشیه ماندن گردآوری و با استفاده از همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد اثر مستقیم نشانگان افسردگی، اثر مستقیم بی‌حوصلگی و اثر مستقیم ترس از در حاشیه ماندن بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه مثبت و معنادار بود. همچنین، نتایج نشان داد که نقش واسطه‌ای بی‌حوصلگی و ترس از در حاشیه ماندن در رابطه نشانگان افسردگی و استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه معنادار بود. بر اساس یافته‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که افسردگی، بی‌حوصلگی و ترس دور بودن از اطلاعات و در حاشیه ماندن از رخدادهای اجتماعی از عوامل مهم اثرگذار بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه در بین نوجوانان است. لذا، پیشنهاد می‌شود که متخصصان از طریق آموزش و مداخلات مشاوره‌ای با کاهش بی‌حوصلگی و اضطراب ناشی از در حاشیه بودن به نوجوانان کمک کنند که نشانگان معمول افسردگی و استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه را مدیریت کنند.

کلید واژه‌ها: افسردگی، بی‌حوصلگی، ترس از در حاشیه ماندن، تلفن همراه

۱. استادیار مشاوره، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. Zarei.s@lu.ac.ir

مقدمه

تلفن همراه به‌رغم مزایای که دارد سبب برخی مشکلات می‌شود که یکی از آن‌ها به‌عنوان «استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه»^۱ مفهوم‌سازی می‌شود (ژی، دونگ و وانگ^۲، ۲۰۱۸). استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه، به‌عنوان استفاده مکرر و نامناسب از تلفن تعریف می‌شود که نشانه‌های اختلال مصرف مواد از قبیل وسوسه، تحمل، ترک، استفاده مکرر به‌رغم پیامدهای نامطلوب و فقدان کنترل را به همراه دارد (چیون^۳، ۲۰۱۸). مطالعات مختلف نشان می‌دهند که استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه با مسائلی از قبیل اختلالات خواب، شکست و افت تحصیلی و آشفتگی بین فردی همراه است (یانگ، آسبوری و گریفیث^۴، ۲۰۱۹). یک الگوی نظری که در تبیین استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه استفاده قرار می‌شود، «نظریه جبرانی استفاده از اینترنت»^۵ است (کاردفلت-وینتر^۶، ۲۰۱۴). در این نظریه، استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی در نظر گرفته می‌شود که برخی افراد برای تسکین دادن هیجان‌های منفی از آن استفاده می‌کنند (الهای، تیامیو و ویکس^۷، ۲۰۱۸). باوجود این، نظریه جبرانی استفاده از اینترنت به‌جز هیجان منفی و آسیب‌های روانی مفهوم‌سازی سایر عوامل اثرگذار بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه را نادیده می‌گیرد.

یک الگوی نظری جامع‌تر در تبیین استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه الگوی «تعامل شخص-عاطفه-شناخت-اجرا»^۸ است (براند، یونگ، لایئر، ولفلینگ و پوتنزا^۹، ۲۰۱۶). این الگو دسته‌ای از متغیرها را مطرح می‌کند که بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه اثرگذار هستند. دسته اول، تعیین‌کننده‌های فردی شامل عوامل شخصیتی و آسیب‌های روانی است. دسته دوم، شامل مواردی هستند که در پاسخ به تعیین‌کننده‌های فردی ارائه می‌شوند و به متغیرهای خطر ساز و

-
1. problematic mobile phone use
 2. Xie, Dong and Wang
 3. Chun
 4. Yang, Asbury and Griffiths
 5. compensatory internet use
 6. Kardefelt-Winther
 7. Elhai, Tiamiyu and Weeks
 8. interaction of person-affect-cognition-execution(I-PACE)
 9. Brand, Young, Laier, Wolfling and Potenza

محافظ اشاره دارد که شامل سوگیری شناختی و توجه، انتظارات در استفاده از تلفن همراه، راهبردهای مقابله‌ای و وسوسه است (وگمان، اوبرست، استودت و براند^۱، ۲۰۱۷). از این رو، متغیرهای پاسخ در الگوی تعامل شخص-عاطفه-شناخت-اجرا به‌عنوان واسطه بین متغیرهای فردی و استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه مفهوم‌سازی می‌شوند (براند و همکاران، ۲۰۱۶؛ اوبرست، وگمن، استودت، براند و چاماررو^۲، ۲۰۱۷). در الگوی تعامل شخص-عاطفه-شناخت-اجرا نشانگان افسردگی به‌عنوان یکی از عوامل آسیب‌شناسی فردی مفهوم‌سازی می‌شود که می‌تواند بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه اثرگذار باشد (دمیرسی، اگگونول و آکپینار^۳، ۲۰۱۵) و با مشکلاتی در زندگی نوجوانان از قبیل مشکلات شناختی و رفتارهای از جمله مصرف مواد و مخصوصاً استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه در ارتباط است (روزگونجک، لوین، هال و الهای^۴، ۲۰۱۷). در کنار موارد مطرح‌شده، افسردگی ممکن است مستقیماً بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه اثرگذار نباشد (الهای، دوراک، لوین و هال^۵، ۲۰۱۷) و متغیرهای زیادی این رابطه را میانجی‌گری کنند که در بین آن‌ها می‌توان به بی‌حوصلگی اشاره کرد (الهای، وازکوز، لاستگارتن، لوین و هال^۶، ۲۰۱۸) که در الگوی تعامل شخص-عاطفه-شناخت-اجرا به‌عنوان یک عامل فردی اثرگذار بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه مفهوم‌سازی شده است.

بی‌حوصلگی یک پدیده روان‌شناختی است که به‌عنوان یک حالت تنفر یا ناسازگاری با هر نوع تجربه تکراری مانند کار روزانه و بی‌قراری زیاد در شرایطی تعریف می‌شود که رهایی از یکنواختی امکان‌پذیر نیست (ایساکسکو، استراک و دانکرت^۷، ۲۰۱۷). عواطف منفی (از جمله افسردگی) به‌عنوان یک عامل مهم مفهوم‌سازی می‌شود که باعث می‌شود افراد بی‌حوصلگی را تجربه کنند و بی‌حوصلگی به‌عنوان یک وضعیت منفی خلقی سبب می‌شود که بسیاری از افراد سعی کنند با استفاده بیش‌ازحد از تلفن همراه آن را تسکین دهند (استراک، کاریر، چئین و

-
1. Wegmann, Oberst, Stodt and Brand
 2. Oberst, Wegmann, Stodt, Brand and Chamarro
 3. Demirci, Akgonul and Akpinar
 4. Rozgonjuk, Levine, Hall and Elhai
 5. Elhai, Dvorak, Levine and Hall
 6. Elhai, Vasquez, Lustgarten, Levine and Hall
 7. Isacescu, Struk and Danckert

دانکرت^۱، (۲۰۱۷) در کنار موارد مطرح‌شده، لپ، بارکلی و لی^۲ (۲۰۱۷) دریافتند که بی‌حوصلگی ناشی از اوقات فراغت با استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه در ارتباط است. همچنین، مطالعات اخیر نیز نشان می‌دهند که بی‌حوصلگی به‌طور معناداری رابطه بین افسردگی و استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه را میانجی‌گری می‌کند (الهای و همکاران، ۲۰۱۸؛ و گمان، استندورف و براند، ۲۰۱۸).

متغیر دیگری که می‌تواند محرک استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه باشد، ترس از در حاشیه ماندن^۳ است (چوتیتایاسونوند و داگلاس^۴، ۲۰۱۶). در واقع بر اساس الگوی تعامل شخص-عاطفه-شناخت-اجرا، ترس از در حاشیه ماندن به معنای درک این است که دیگران تجارب لذت‌بخش و پاداش‌دهنده‌ای دارند که فرد در آن‌ها حضور ندارد و در نتیجه تمایل دارد به‌طور مداوم با دیگران در ارتباط باشد (پرزبیلسکی، ماریاما، دهان و گلا دول^۵، ۲۰۱۳). ترس از در حاشیه ماندن یک حالت هیجانی منفی شدید دارد که با نشانگان افسردگی ارتباط مثبت دارد (الهای و همکاران، ۲۰۱۸؛ اوبرست و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این، مطالعات نشان می‌دهند که ترس از در حاشیه ماندن با استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه در ارتباط است (ولنیویچ، تیامیو، ویکس و الهای^۶، ۲۰۱۸). همچنین، مطالعات نشان می‌دهند که ترس از در حاشیه ماندن رابطه بین نشانگان افسردگی و استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه را میانجی‌گری می‌کند (الهای و کونترکتور^۷، ۲۰۱۸؛ کیم، سئو و داوید^۸، ۲۰۱۵). بنابر موارد مطرح‌شده، ترس از در حاشیه ماندن در الگوی تعامل شخص-عاطفه-شناخت-اجرا به‌عنوان یک سوگیری شناختی در نظر گرفته می‌شود که رابطه بین آسیب‌های روانی و استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه را میانجی‌گری می‌کند (وگمان، اوبرست، استودت و براند، ۲۰۱۷). در مجموع اینکه، مطالعات روابط بین افسردگی، بی‌حوصلگی، ترس از در حاشیه ماندن و استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه را نشان

-
1. Struk, Carriere, Cheyne and Danckert
 2. Lepp, Barkley and Li
 3. fear of missing out
 4. Chotpitayasunondh and Douglas
 5. Przybylski, Murayama, DeHaan and Gladwell
 6. Wolniewicz, Tiamiyu, Weeks and Elhai
 7. Contractor
 8. Kim, Seo and David

دادند. با وجود این، بیشتر این مطالعات انحصاراً در نمونه‌های غربی و موارد محدودی هم در چین انجام شده است. لذا، با توجه به فقدان مطالعه در جامعه نوجوانان ایرانی و بر اساس الگوی تعامل شخص-عاطفه-شناخت-اجرا در این پژوهش سعی شده است، در قالب یک مدل نقش واسطه‌ای بی‌حوصلگی و ترس از در حاشیه ماندن در رابطه بین نشانگان افسردگی با استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه به محک آزمون گذاشته شود. مدل مفهومی پژوهش حاضر در شکل (۱) ارائه شده است. بر اساس الگوی مفهومی پژوهش فرضیه‌های زیر تدوین شده است:

۱. نشانگان افسردگی بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه اثر مثبت مستقیم دارد.
۲. نشانگان افسردگی از طریق بی‌حوصلگی بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه اثر مثبت غیرمستقیم دارد.
۳. نشانگان افسردگی از طریق ترس از در حاشیه ماندن بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه اثر مثبت غیرمستقیم دارد.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود که با استفاده از تحلیل مسیر انجام شد. جامعه آماری پژوهش دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهرستان نورآباد در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. برای تعیین حجم نمونه بر اساس تعداد گویه‌های پرسشنامه‌ها مبنی بر دیدگاه کلاین^۱ (۲۰۰۷) تعداد ۳۱۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب شد. در این روش نمونه‌گیری ابتدا از میان مدارس دوره دوم متوسطه

(جمعاً ۸ مدرسه) به تصادف تعداد ۴ مدرسه انتخاب شدند و سپس از هر مدرسه تعداد ۲ کلاس در پایه‌ها و رشته‌های مختلف به روش تصادفی انتخاب و سپس از بین همه دانش‌آموزان کلاس‌ها نمونه‌نهایی انتخاب شد. پس از اجرای پرسشنامه‌ها تعداد ۳۴ پرسشنامه به علت مخدوش بودن از روند پژوهش حذف شد و داده‌های مربوط به ۲۷۶ دانش‌آموز تحلیل شد. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس استفاده مفرط از تلفن همراه^۱ (COUS): این مقیاس را جنارو، فلورس، گومزولا و گونزالز-گیل^۲ در سال ۲۰۰۷ طراحی کردند. شامل ۲۳ گویه است. نمره‌گذاری هر گویه بر روی یک پیوستار لیکرت شش‌درجه‌ای (از هرگز=۱ تا همیشه=۶) تنظیم شده است. دامنه نمرات بین ۲۳ تا ۱۳۸ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده مشکل‌زای بیشتر تلفن همراه است. جنارو و همکاران (۲۰۰۷) همسانی درونی مقیاس به روش آلفای کرونباخ را برای نمونه‌ای از دانش‌آموزان دختر و پسر ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. در ایران روایی این مقیاس در هنجاریابی آن روی نمونه‌ای از دانشجویان توسط گل‌محمدیان و یاسمی‌نژاد (۱۳۹۰) تایید شده است و همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از روش باز آزمایی برابر با ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس چندبعدی حالت بی‌حوصلگی^۳ (MSBS): این مقیاس را فالمن، مرسر-لین، فلورا و استوود^۴ (۲۰۱۱) به منظور اندازه‌گیری حالت بی‌حوصلگی طراحی کرده‌اند. این فرم ۲۹ گویه دارد که برای نمره‌گذاری هر گویه نمره‌ها به صورت طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) بررسی می‌شود. دامنه نمرات بین ۲۹ تا ۲۰۳ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بیشتر حالت بی‌حوصلگی در افراد است. فالمن و همکاران (۲۰۱۱) همسانی درونی نسخه اصلی مقیاس به شیوه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را برابر با ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. در ایران در پژوهش محسنی‌اژیه و قمرانی (۱۳۹۵) ساختار مقیاس با

-
1. Cell-phone Over- Use Scale
 2. Jenaro, Flores, GomezVela and Gonzalez-Gil
 3. Multidimensional State Boredom Scale
 4. Fahlman, Mercer-Lynn, Flora and Eastwood

استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، تأیید و میزان پایایی مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۲ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس ترس از در حاشیه ماندن^۱ (FOMOS): این مقیاس را پرزیبلسکی، مارایاما، دهان و گلا دول در سال ۲۰۱۳ ساخته‌اند که ۱۰ گویه دارد و به گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (اصلاً در مورد من درست نیست «۱» تا کاملاً در مورد من درست است «۵») پاسخ داده شد. دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۵۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده ترس بیشتر از دور ماندن از رخدادهای و اطلاعات پیرامون است. پرزیبلسکی و همکاران (۲۰۱۳) روایی همگرایی این مقیاس با مقیاس اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی (SMAS) را تأیید و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ در نمونه‌ای از دانشجویان برابر ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در ایران این مقیاس توسط بایرامی، مقدم، طالبی و ابراهیمی (۱۳۹۸) ترجمه و در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه هنجاریابی شده است که روایی محتوایی آن توسط متخصصان تأیید شده است و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس با استفاده روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ به دست آمد.

سیاهه افسردگی بک، ویرایش دوم^۲ (BDI-II): این سیاهه را نخستین بار در سال ۱۹۶۱ بک، وارد، مندلسون، موک و ارباق^۳ معرفی کرده‌اند و در سال ۱۹۷۱ تجدیدنظر شد. این آزمون از ۲۱ گویه برای بررسی نشانگان مختلف افسردگی تشکیل شده است و پاسخگویی به گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ انجام می‌شود. دامنه نمره کل بین صفر تا ۶۳ است. بک، استیر و بروان^۴ (۲۰۰۰) پایایی بازآزمایی این ابزار را از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در ایران، فتی، بیرشک، عاطف و دابسون (۲۰۰۵)، در یک فراتحلیل برای تعیین همسانی درونی سیاهه، دامنه این ضریب را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و همبستگی بین دو فرم بازنگری شده و اصلی را برابر با ۰/۸۹ گزارش کرده است (نقل از زارع، تقی‌لو و کاکاوند،

-
1. Fear of Missing Out Scale
 2. Beck Depression Inventory-Second Edition
 3. Beck, Ward, Mendelson, Moock and Erbaugh
 4. Steer and Brown

(۱۳۹۵). در پژوهش حاضر مقدار ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ به دست آمده است.

یافته‌ها

جدول (۱) در کنار پرداختن به میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد که کجی توزیع نمره‌ها در دامنه (۱ و -۱) و کشیدگی در دامنه (۲ و -۲) قرار دارد و همچنین، نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نیز نشان می‌دهد که سطح معناداری آماره Z بزرگ‌تر از $p > ۰/۰۵$ است؛ بنابراین، بر اساس این آماره‌ها نرمال بودن توزیع نمرات تأیید می‌شود.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی و بررسی نرمال بودن توزیع نمره‌های متغیرهای پژوهش در نوجوانان

کولموگروف-اسمیرنف		شاخص‌ها				
سطح معناداری	آماره Z	کشیدگی	کجی	انحراف استاندارد	میانگین	متغیرها
۰/۰۵	۰/۰۸	۰/۳۵	۰/۲۵	۵/۲۱	۲۰/۶۲	افسردگی
۰/۰۶	۰/۰۷	-۰/۶۴	-۰/۴۸	۱۰/۰۷	۱۱۲/۸۴	بی‌حوصلگی
۰/۰۹	۰/۰۶	-۰/۷۷	-۰/۶۰	۶/۱۴	۳۲/۰۹	ترس از در حاشیه ماندن
۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۸۰	۰/۷۹	۸/۰۲	۷۸/۵۳	استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه

در جدول (۲) ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش مشاهده می‌شود، نتایج نشان می‌دهد که بین متغیرهای همبستگی وجود دارد که با توجه به تأیید معنادار بودن این همبستگی، امکان بررسی نقش واسطه‌ای بی‌حوصلگی و ترس از در حاشیه ماندن در رابطه بین نشانگان افسردگی و استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه فراهم است. در ادامه به منظور بررسی مدل پژوهش از تحلیل مسیر استفاده شد. پیش از اجرای این آزمون از برقراری مفروضه‌های اساسی آن از قبیل حجم نمونه، بهنجاری توزیع داده‌ها و هم خطی چندگانه اطمینان حاصل شد.

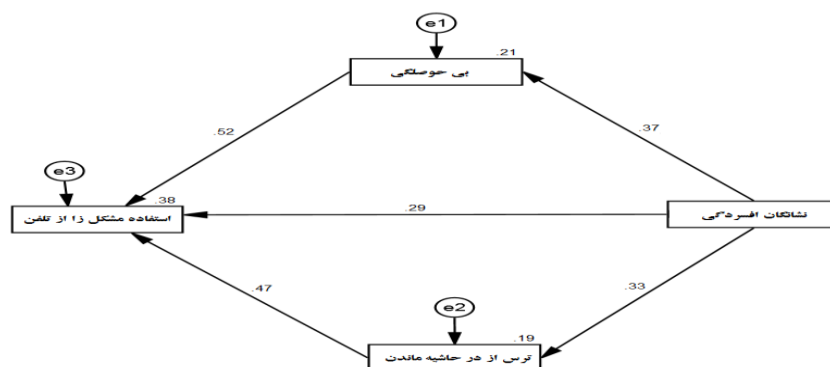
جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرها و بررسی هم خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین

شاخص‌های آماری متغیرها	ضرایب همبستگی				شاخص‌های هم خطی چندگانه	
	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	آماره	عامل تورم واریانس
(۱) افسردگی	۱				۰/۴۲	۳/۹۲
(۲) بی‌حوصلگی	۰/۵۸**	۱			۰/۵۹	۳/۱۴
(۳) ترس از در حاشیه ماندن	۰/۴۵**	۰/۳۶**	۱		۰/۶۰	۳/۰۱
(۴) استفاده مشکل‌زا از تلفن	۰/۳۱**	۰/۴۴**	۰/۳۹**	۱	-	-

هماره

** $p < 0/01$

شکل (۲) مدل پژوهش بر اساس ضرایب استاندارد شده (β) را نشان می‌دهد و در جدول (۳) شاخص‌های برازش مدل گزارش شده‌اند.



شکل ۲: مدل نهایی تحلیل مسیر

در بررسی شاخص‌های برازش مدل در جدول (۳) مشاهده می‌شود که تمامی شاخص‌های برازش به‌دست‌آمده از مطلوبیت بالایی برخوردارند.

جدول ۳: برآورد شاخص‌های برازش مدل تحلیل مسیر

شاخص‌های مطلق		شاخص‌های برازش تطبیقی		شاخص‌های برازش مقتصد		شاخص‌ها
AGFI	CFI	NFI	CFI	RMSEA	CMIN/DF	
۰/۸۸	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۰۴	۲/۷۹	مقادیر الگو

بر اساس مسیرهای آزمون شده در مدل (شکل ۲) و نتایج جدول (۴) مشاهده می‌شود که اثر مستقیم نشانگان افسردگی بر بی‌حوصلگی ($\beta=0/37$, $C.R.=5/24$ و $P<0/001$) مثبت معنادار است و این متغیر قادر به پیش‌بینی ۲۱ درصد از واریانس بی‌حوصلگی است. اثر مستقیم نشانگان افسردگی بر ترس از در حاشیه ماندن ($\beta=0/33$, $C.R.=4/80$ و $P<0/001$) مثبت معنادار است و این متغیر قادر به پیش‌بینی ۱۹ درصد از واریانس ترس از در حاشیه ماندن است. اثر مستقیم نشانگان افسردگی ($\beta=0/29$, $C.R.=3/62$ و $P<0/001$)، اثر مستقیم بی‌حوصلگی ($\beta=0/52$, $C.R.=7/94$ و $P<0/001$) و اثر مستقیم ترس از در حاشیه ماندن ($\beta=0/47$, $C.R.=6/30$ و $P<0/001$) بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه مثبت معنادار است و این سه متغیر در مجموع توانایی تبیین ۳۸ درصد از واریانس استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه را دارند. همچنین، نتایج (جدول ۴) نشان می‌دهد که اثر غیرمستقیم نشانگان افسردگی از طریق نقش واسطه‌ای بی‌حوصلگی ($\beta=0/19$) و نقش واسطه‌ای ترس از در حاشیه ماندن ($\beta=0/15$) بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه مثبت است و هر دو مسیر غیرمستقیم و در سطح $P<0/01$ معنادار هستند.

جدول ۴: اثرات مستقیم، غیرمستقیم، کل و واریانس تبیین شده متغیرها

مسیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	واریانس تبیین شده
بر بی‌حوصلگی از:				۰/۲۱
نشانگان افسردگی	۰/۳۷**	-	۰/۳۷	
بر ترس از در حاشیه ماندن از:				۰/۱۹
نشانگان افسردگی	۰/۳۳**	-	۰/۳۳	
بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه از:				۰/۳۸
نشانگان افسردگی	۰/۲۹**	-	۰/۲۰	
بی‌حوصلگی	۰/۵۲**	۰/۱۹*	۰/۷۱	
ترس از در حاشیه ماندن	۰/۴۷**	۰/۱۵*	۰/۶۲	
$P<0/001$ * * * $P<0/01$ *				

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای بی‌حوصلگی و ترس از در حاشیه ماندن در

رابطه بین نشانگان افسردگی با استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه انجام شد. نتایج بررسی فرضیه اول نشان داد که نشانگان افسردگی بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه اثر مثبت مستقیم دارد. نتایج این بخش از پژوهش با مطالعه روزگونیک و همکاران (۲۰۱۷) همسو است که نشانگان افسردگی را یک عامل محرک در استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه می‌داند. در تبیین این یافته براساس نظریه جبرانی استفاده از اینترنت (کاردفلت-وینتر، ۲۰۱۴) می‌توان بیان داشت که افسردگی به‌عنوان یک هیجان منفی باعث می‌شود که افراد برای اجتناب از آن دست به راهبردهای مقابله‌ای بزنند و در این بین مطابق با مطالعه چيون (۲۰۱۸) استفاده مفرط و مشکل‌زا از تلفن همراه به‌عنوان روشی برای تسکین دادن هیجان منفی استفاده می‌شود. همچنین، براساس فرضیه خوددرمانی (الهای و همکاران، ۲۰۱۸) می‌توان بیان داشت نوجوانانی که از آشفتگی‌های هیجانی به‌مانند افسردگی رنج می‌برند، تمایل زیادی به استفاده از روش‌های خود تسکینی از قبیل تعامل با تلفن همراه به‌عنوان یک درمان موقت دارند و به‌محض اینکه می‌توانند از طریق این تعامل با تلفن همراه تسکین بیابند، به استفاده از تلفن همراه به‌عنوان یک راهبرد مؤثر روی می‌آورند که می‌تواند به‌طور خودکار استفاده مشکل‌زا و مفرط از تلفن همراه را باعث شود. نتایج بررسی فرضیه دوم نشان داد که نشانگان افسردگی از طریق بی‌حوصلگی بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه اثر مثبت غیرمستقیم دارد. نتایج این بخش از پژوهش با نتایج مطالعات وگمان و همکاران (۲۰۱۸) و الهای و همکاران (۲۰۱۸) همخوان است که عنوان می‌کنند بی‌حوصلگی به‌عنوان یک وضعیت خلقی منفی از افسردگی ناشی می‌شود و سبب می‌شود که بسیاری از افراد سعی کنند این خلق منفی را با استفاده بیش از حد از تلفن همراه تسکین دهند. در تبیین این یافته براساس الگوی تعامل شخص-عاطفه-شناخت-اجرا می‌توان بیان کرد که بی‌حوصلگی به‌عنوان یک آسیب روانی یا ویژگی شخصیتی هسته‌ای از افسردگی اثر می‌پذیرد و به مرور زمان باعث می‌شود که خودکنترلی نوجوانان کاهش یابد و آن‌ها در مواجهه با استرس‌های ناشی از مدرسه و سایر حوزه‌های زندگی به دلیل ناتوانی در تعدیل احساسی و شناختی خود به برخی رفتارهای تکانشی به‌منظور مقابله با بی‌حوصلگی دست بزنند. یکی از این رفتارها جستجوی لذت فوری در زمان حال به‌جای پاداش‌های بزرگ‌تر در آینده است (استراک و همکاران، ۲۰۱۷)؛ بنابراین، به نظر می‌رسد که نوجوانان با سطح بی‌حوصلگی بالا هنگام تجربه خلق منفی بالا به‌منظور تعدیل بی‌حوصلگی و رهایی از ملالت و یکنواختی ناشی

از این احساس به سمت لذت‌های آنی مانند استفاده از تلفن همراه و شبکه‌های اجتماعی روی می‌آورند. همچنین، در کنار موارد مطرح شده می‌توان بیان داشت نوجوانانی که برخی نشانگان خاص افسردگی از قبیل بی‌علاقگی، فقدان لذت و اشکال در تمرکز دارند، نمی‌توانند به‌درستی از اوقات فراغت خود لذت ببرند و سطح بالایی از بی‌حوصلگی ناشی از اوقات فراغت را تجربه می‌کنند که در این حالت بیشترین گرایش را به استفاده مفرط و مشکل‌زا از تلفن همراه و اینترنت دارند. نتایج بررسی فرضیه سوم نشان داد که نشانگان افسردگی از طریق ترس از در حاشیه ماندن بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه اثر مثبت غیرمستقیم دارد. نتایج این بخش از پژوهش با نتایج مطالعات وگمان و همکاران (۲۰۱۷) و الهای و کونترکتور (۲۰۱۸) همخوان است که مطرح می‌کنند برخی شناخت‌های معیوب و ناکارآمد ناشی از افسردگی بر استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه اثر می‌گذارند. در تبیین این یافته می‌توان براساس الگوی تعامل شخص-عاطفه-شناخت-اجرا بیان کرد که آسیب‌های روانی از قبیل افسردگی باعث ایجاد سوگیری‌های شناختی از قبیل ترس از در حاشیه ماندن می‌شود و افراد به دلیل این ترس تلاش می‌کنند که در جستجوی اطلاعات بیشتر بوده و از رخدادهای اجتماعی اطلاعات بیشتری داشته باشند که مطابق با نتایج مطالعه ولنیویچ و همکاران (۲۰۱۸) می‌توان تبیین کرد افراد زمانی درک کنند که از اطلاعات و رخدادهای اجتماعی دورمانده‌اند، گرایش به استفاده بیش‌ازحد و مشکل‌زا از تلفن همراه دارند تا این ترس و اضطراب دور بودن و درحاشیه ماندن از لذت‌های اجتماعی و اطلاعاتی را مدیریت کنند. همچنین، بر اساس نظریه جبرانی استفاده از اینترنت (کاردفلت-وینتر، ۲۰۱۴) می‌توان مطرح کرد که ترس از در حاشیه ماندن یک مؤلفه هیجانی منفی به مانند احساس تنهایی دارد که از افسردگی ناشی می‌شود و افراد به جهت مهار این مؤلفه هیجانی منفی و ترس از در حاشیه ماندن ناشی از آن به استفاده از اینترنت و شبکه‌های اجتماعی روی می‌آورند که این مورد با استفاده از تلفن همراه می‌تواند رخ دهد و زمانی که بیش‌ازحد و مفرط از آن استفاده شود، می‌تواند سبب استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه شود.

شایان ذکر است که هر پژوهشی دارای محدودیت است و در خصوص پژوهش حاضر می‌توان بیان داشت که تفاوت‌های فردی شرکت‌کنندگان مانند تفاوت در انگیزه و علاقه به موضوع می‌تواند نتایج این پژوهش را با محدودیت مواجه کند. همچنین، این پژوهش صرفاً بر

روی دانش‌آموزان پسر نوجوان مقطع دوم متوسطه شهر نورآباد انجام شده است که تعمیم نتایج به کل دانش‌آموزان و دانش‌آموزان دختر باید با احتیاط انجام شود. لذا پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های با نمونه‌های دختر و در تمام مقاطع مختلف انجام شود که به غنای اطلاعات کمک شود. در نهایت اینکه، نتایج این مطالعه برای نوجوانان و متخصصان حوزه نوجوانان چندین پیشنهاد کاربردی دارد. ابتدا اینکه براساس یافته‌ها می‌توان بیان کرد که متخصصان می‌توانند از طریق آموزش و مداخلات مشاوره‌ای با کاهش بی‌حوصلگی و اضطراب ناشی از دور ماندن از رخدادهای اجتماعی و در حاشیه بودن به نوجوانان کمک کنند که نشانگان معمول افسردگی را مدیریت کنند و کم‌تر به سمت رفتارهای ناسالم از قبیل استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه گرایش داشته باشند. دوم اینکه، نتایج مطرح می‌کنند نوجوانانی که دارای افسردگی و بی‌حوصلگی هستند بیشتر در معرض خطر ابتلا به استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه هستند. لذا باید بیشتر به آن‌ها توجه شود و آموزش‌های لازم از قبیل خودشناسی، برقراری روابط اجتماعی سالم برای مقابله مؤثر با مشکلات زندگی و آشفته‌گی‌های روان‌شناختی به آن‌ها ارائه شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش به طور مستقل انجام شده است. مجوز اجرای آن از سوی آموزش و پرورش شهر نورآباد صادر شده است. بدین وسیله از مسئولان اداره آموزش و پرورش، دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه و همچنین مدیران و معلمان مدارس تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- بایرامی، رقیه، مقدم، فاطمه، طالبی، عرفانه و ابراهیمی، سمیرا (۱۳۹۸). بررسی ارتباط ترس از در حاشیه ماندن و استفاده از شبکه‌های اجتماعی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۷(۵): ۳۶۲-۳۵۵.
- زارع، معصومه، تقی‌لو، صادق و کاکاوند، علیرضا (۱۳۹۵). رابطه بین اضطراب و افسردگی با میانجی‌گری تفکر ارتجاعی و کمال‌گرایی به روش معادلات ساختاری. *مجله بهداشت روانی (ویژه‌نامه)*، ۱۸: ۴۶۴-۴۵۵.
- گل‌محمدیان، محسن و یاسمی‌نژاد، پریسا (۱۳۹۰). هنجاریابی، روایی و پایایی مقیاس استفاده

آسیب‌زا از تلفن همراه در دانشجویان. یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۶(۱۹): ۳۷-۵۲.
محسنی‌اژی، علیرضا و قمرانی، امیر (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس
چندبعدی حالت بی‌حوصلگی در مادران دارای فرزند مبتلابه اختلال طیف اوتیسم. مجله
دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۵(۹): ۸۳۴-۸۲۱.

- Bayrami, R., Moghaddam, F., Talebi, E. and Ebrahimi, S. (2019). A Survey on relation between fear of missing out and social media use among students in Uromia University of Medical Sciences. *Nursing and Midwifery Journal*, 17(5): 355-362 (Text in Persian).
- Beck, A. T., Steer, R. A. and Brown, G. K. (2000). *Manual for the Beck Depression Inventory II*. San Antonio. TX: The psychological Corporation, USA.
- Brand, M., Young, K. S., Laier, C., Wolfling, K. and Potenza, M. N. (2016). Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific internet-use disorders: An interaction of person-affect-cognition-execution (I-PACE) model. *Neuroscience and Bio behavioral Reviews*, 71: 252-266.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.08.033>
- Chotpitayasunondh, V. and Douglas, K. M. (2016). How “pubbing” becomes the norm: The antecedents and consequences of snubbing via smartphone. *Computers in Human Behavior*, 63: 9-18.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.018>
- Chun, J. (2018). Conceptualizing effective interventions for smartphone addiction among Korean female adolescents. *Children and Youth Services Review*, 84: 35-39. DOI: 10.1016/j.childyouth.2017.11.013
- Demirci, K., Akgonul, M. and Akpınar, A. (2015). Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(2): 85-92
- Elhai, J. D. and Contractor, A. A. (2018). Examining latent classes of smartphone users: Relations with psychopathology and problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 82: 159-166.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.01.010>
- Elhai, J. D., Dvorak, R. D., Levine, J. C. and Hall, B. J. (2017). Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 207: 251-259. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.030>
- Elhai, J. D., Levine, J. C., Dvorak, R. D. and Hall, B. J. (2016). Fear of missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 63: 509-516.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.079>
- Elhai, J. D., Tiamiyu, M. F. and Weeks, J. W. (2018). Depression and social anxiety in relation to problematic smartphone use: The prominent role of rumination. *Internet Research*, 28(2): 315-332.

- Elhai, J. D., Vasquez, J. K., Lustgarten, S. D., Levine, J. C. and Hall, B. J. (2018). Prone to boredom mediates relationships between problematic smartphone use with depression and anxiety severity. *Social Science Computer Review*, 36(6): 707–720.
- Fahlman, S. A., Mercer-Lynn, K. B., Flora, D. B. and Eastwood, J. D. (2011). Development and validation of the multidimensional state boredom scale. *Assessment Journal*, 20(1): 68-85
- Golmohammadian, M. and Yaseminejad, P. (2011). Normalization, Validity and Reliability of Cell-phone over-use scale among students. *Journal of Psychology New Ideas*, 6(19): 37-52 (Text in Persian).
- Isacescu, J., Struk, A. A. and Danckert, J. (2017). Cognitive and affective predictors of boredom proneness. *Cognition and Emotion*, 31(8):1741–1748.
- Jenaro, C., Flores, N., GomezVela, M. and Gonzalez-Gil, F. (2007). Problematic internet and cell- phone use: psychological, behavioral and health concerns. *Addiction Research and Theory*, 15(3): 309- 320.
- Kardefelt-Winther, D. (2014). A conceptual and methodological critique of internet addiction research: Towards a model of compensatory internet use. *Computers in Human Behavior*, 31: 351–354. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.059>
- Kim, J., Seo, M. and David, P. (2015). Alleviating depression only to become problematic mobile phone users: Can face-to-face communication be the antidote? *Computers in Human Behavior*, 51: 440–447. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.05.030>
- Lepp, A., Barkley, J. E. and Li, J. (2017). Motivations and experiential outcomes associated with leisure time cell phone use: Results from two independent studies. *Leisure Sciences*, 39(2): 144–162.
- Mohseni-Ezhiyeh, A. and Ghamarani, A. (2017). Psychometric characteristics of the Persian version of the multidimensional state boredom scale (MSBS-PV) in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Rafsanjan University Medical Sciences*, 15(9):821-834 (Text in Persian).
- Oberst, U., Wegmann, E., Stodt, B., Brand, M. and Chamarro, A. (2017). Negative consequences from heavy social networking in adolescents: The mediating role of fear of missing out. *Journal of Adolescence*, 55, 51–60. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.12.008>
- Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R. and Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 29(4): 1841–1848.
- Rozgonjuk, D., Levine, J. C., Hall, B. J. and Elhai, J. D. (2018). The association between problematic smartphone use, depression and anxiety symptom severity, and objectively measured smartphone use over one week. *Computers in Human Behavior*, 87: 10–17. DOI: 10.1016/j.chb.2018.05.019
- Struk, A. A., Carriere, J. S. A., Cheyne, J. A. and Danckert, J. (2017). A short Boredom Proneness Scale: Development and psychometric properties. *Assessment Journal*, 24(3): 346–359.

- Stubbs, B., Vancampfort, D., Veronese, N., Kahl, K. G., Mitchell, A. J., Lin, P. Y., Tseng, P. T., Mugisha, J., Solmi, M., Carvalho, A. F. and Koyanagi, A. (2017). Depression and physical health multi morbidity: primary data and country- wide meta-analysis of population data from 190 593 people across 43 low- and middle-income countries. *Psychological Medicine*, 47(12): 2107–2117.
- Wegmann, E., Oberst, U., Stodt, B. and Brand, M. (2017). Online-specific fear of missing out and internet-use expectancies contribute to symptoms of internet-communication disorder. *Addictive Behaviors Reports*, 5: 33–42. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.04.001>
- Wegmann, E., Ostendorf, S. and Brand, M. (2018). Is it beneficial to use internet-communication for escaping from boredom? Boredom proneness interacts with cue-induced craving and avoidance expectancies in explaining symptoms of internet-communication disorder. *PLoS One*, 13(4): e0195742.
- Wolniewicz, C. A., Tiamiyu, M. F., Weeks, J. W. and Elhai, J. D. (2018). Problematic smartphone use and relations with negative affect, fear of missing out, and fear of negative and positive evaluation. *Psychiatry Research*, 262: 618–623. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.058>
- Xie, X., Dong, Y. and Wang, J. (2018). Sleep quality as a mediator of problematic smartphone use and clinical health symptoms. *Journal of Behavior Addiction*, 7(2): 466–472.
- Yang, Z., Asbury, K. and Griffiths, M. D. (2019). An exploration of problematic smartphone user among Chinese university students: associations with academic anxiety, academic procrastination, self-regulation and subjective wellbeing. *International Journal of Mental Health Addiction*, 117: 596–614. <https://dx.doi.org/10.1007/s11469-018-9961-1>
- Zare M., Taghiloo, S. and Kakavand, A. (2016). The relationship between the anxiety and depression with the mediation of referential thinking and perfectionism: Structural equation method. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(Special Issue), 455-464 (Text in Persian).

اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود اسنادهای
ارتباطی و عملکرد جنسی زنان آسیب‌دیده از روابط
فرا زناشویی همسر

حسین الهایی^۱، کبری کاظمیان مقدم^{۲*}

و همایون هارون رشیدی^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود اسنادهای ارتباطی و عملکرد جنسی زنان آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی همسر انجام شد. روش پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش ۳۰ زن آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی همسر (۱۵ زن در گروه کنترل و ۱۵ زن در گروه آزمایش) بودند که به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. جلسات آموزشی در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۸ برگزار شد. برای گردآوری داده‌ها از شاخص عملکرد جنسی (روزن و همکاران) و مقیاس اسناد ارتباطی (فینچام و برادبری) استفاده شد. گروه آزمایش ۸ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) به صورت هفتگی یک جلسه در طی دو ماه، آموزش طرحواره درمانی دریافت کردند و برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس یک‌راهه و چندراهه استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که طرحواره درمانی می‌تواند به طور معناداری موجب بهبود اسناد ارتباطی و عملکرد جنسی افراد شود. بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی را می‌توان به عنوان یک مداخله مؤثر برای بهبود اسنادهای ارتباطی و عملکرد جنسی زنان آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی همسر مدنظر قرار داد.

کلیدواژه‌ها: اسناد ارتباطی، روابط فرا زناشویی، طرحواره درمانی، عملکرد جنسی.

۱. کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.
hossein.elh2020@gmail.com

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.
k.kazemian@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.
haroon_rashidi2003@yahoo.com

مقدمه

خانواده در زمره مهم‌ترین سیستم‌های اجتماعی است که بر اساس ازدواج بین دو جنس مخالف شکل می‌گیرد و به عنوان واحدی اجتماعی، هم می‌تواند بستر شکوفایی و هم بستر فروپاشی روابط میان اعضایش باشد (قره‌گوزلو، مرادحاصلی و عطادخت، ۱۳۹۷). بنابراین، زندگی خانوادگی می‌تواند با خطراتی همراه باشد که استمرار حیات خانواده و سلامت آن را مختل کند. یکی از این خطرات، خیانت^۱ یا روابط فرا زناشویی^۲ است (مافوسا، ماتاندوا و نیامایارو^۳، ۲۰۱۷). هرگونه روابط جنسی یا ارتباط عاطفی خارج از چارچوب روابط زناشویی به صورت مخفیانه، که تهدیدی برای زندگی زناشویی محسوب شده، قانوناً به عنوان روابط فرازناشویی تعریف می‌شود (فاضل همدانی و قربان جهرمی، ۱۳۹۷؛ امتنگا، پایفر، تانر، گیبلز و مارتین^۴، ۲۰۱۸). روابط فرازناشویی یکی از دلایل عمده طلاق و ازهم پاشیدگی زندگی زناشویی به شمار می‌رود (کالب هریس^۵، ۲۰۱۸). در کشور ما به رغم اینکه آمار دقیقی از روابط فرا زناشویی وجود ندارد، مراجعه روزافزون این دسته از مراجعان به مراکز مشاوره و نیز گزارش‌های دادگستری در باب رابطه فرا زناشویی به عنوان یکی از دلایل طلاق گویای رشد این پدیده است (خرم‌آبادی، سپهری، صالحی و بیگدلی، ۱۳۹۷). عوامل متعدد شخصیتی، اجتماعی و خانوادگی از عوامل سبب‌ساز رابطه فرازناشویی هستند. پژوهش‌های انجام شده درباره عوامل مرتبط با خیانت زناشویی، نشان می‌دهد که مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل درجه اول زوجین قرار دارد (رفیعی و جمهری، ۱۳۹۸). چگونگی عملکرد جنسی^۶ زوجین در رابطه می‌تواند بر تمامی جنبه‌های زندگی آن‌ها از جمله کیفیت روابط و تجارب جنسی و رضایت جنسی آن‌ها تأثیرگذار باشد. پژوهش ویتسون و الشیخ^۷ (۲۰۱۴) نشان داده است که وجود رابطه جنسی مطلوب به نحوی که بتواند باعث تأمین رضایت طرفین شود نقشی بسیار مهم و اساسی در پایداری کانون خانواده دارد. به نظر می‌رسد بی‌توجهی به گزینه جنسی در

-
1. infidelity
 2. extramarital
 3. Maphosa, Mutandwa and Nyamayaro
 4. Mtenga, Pfeiffer, Tanner, Geubbels and Merten
 5. Cable -Harris
 6. sexual function
 7. Whitson and El-Sheikh

انسان عوارض جبران ناپذیری برجای می‌گذارد، به طوری که به خطرافتادن آن موجب اختلال در عواطف، شخصیت و عملکرد اجتماعی افراد می‌شود (پاک‌نیت و روشن‌چسلی، ۱۳۹۷). یکی از مؤلفه‌های شناختی که می‌کوشد اختلاف‌های زناشویی را تبیین کند، اسنادهای ارتباطی^۱ است. در سال‌های اخیر، بر نقش عوامل شناختی در عملکرد زناشویی تأکید زیادی شده است. طبق نظریه‌های شناختی هر فرد جهان‌بینی ویژه‌ای دارد که تفسیر او درباره منشأ مشکلات و همچنین مسئولیت وی برای حل و فصل آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این قییل توجیه و تبیین‌ها، سبک اسنادی نامیده می‌شود (هیل^۲، ۲۰۰۴). برادبوری و فینچام (۱۹۹۲)، اسنادهای همسران را به دو دسته اسنادهای علی و اسنادهای مسئولیت‌پذیری تقسیم می‌کنند. اسنادهای علی فرایندی است که زوجین تلاش می‌کنند علت رویدادها یا رفتارها را بفهمند و اسنادهای مسئولیت نیز پاسخگو بودن زوج در برابر رویدادها را بررسی می‌کند. ارزیابی اسنادهای زناشویی در بین همسران مشخص کرده است که همسران ناخشنود، ترجیح می‌دهند تأثیر وقایع منفی را افزایش و تأثیر وقایع مثبت را کاهش دهند و همسران خشنود، اسنادهایی را ترجیح می‌دهند که تأثیر وقایع منفی را کاهش می‌دهد. ارتباط بین اسنادها و رضایت زناشویی در پژوهش‌های بسیاری تأیید شده است (کایمس، دورتشی، کلیفورد، نپ و فینچام^۳، ۲۰۱۵). همچنین پژوهش‌های گسترده‌ای در خصوص تأثیر اسنادهای ارتباطی بر کیفیت و عملکرد رابطه زناشویی اجرا شده است که به طور کلی نتایج نشان می‌دهد پیش‌بینی سطوح مختلف ثبات و کیفیت زناشویی به وسیله سبک‌های مختلف اسنادهای زناشویی امکان‌پذیر است (کایمس و دورتشی^۴، ۲۰۱۶).

از منظر روان‌شناختی، مواجهه با پدیده فرا زناشویی، مستلزم رویکردی جامع و نافذ است، تا بتوان با استفاده از آن به توصیف و تبیین این پدیده و همچنین به درمان عواقب ناشی از آن اقدام کرد. طرحواره درمانی^۵ یکی از رویکردهای است که در حوزه مسائل و مشکلات هیجانی ادعای اثربخشی

-
1. relationship attributions
 2. Hilt
 3. Kimmes, Durtschi, Clifford, Knapp and Fincham
 4. Kimmes and Durtschi
 5. schema therapy

و درمان دارد و رابرت لیهی^۱ در سال ۲۰۰۲، بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام از مدل فراشناختی هیجان‌ات، آن را ارائه کرد (محمدی، سپهری شاملو و اصغری ابراهیم‌آباد، ۱۳۹۸). طرحواره درمانی با پرداختن به نقش مؤلفه‌های هیجانی در درمان توانسته رویکردهای کلاسیک رفتاری شناختی را از توجه صرف به مؤلفه‌های شناختی و رفتاری نجات دهد (یانگ و کلوسکی، ۱۹۹۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که طرحواره‌درمانی نشانه‌هایی همچون افسردگی، اضطراب، نرخ افت تحصیلی، خودآسیبی، تنهایی و آسیب‌های عاطفی را کاهش می‌دهد و به بهبود بیشتر کیفیت رابطه زناشویی و رفتار بین فردی منجر می‌شود (بملیس، ایورز، اسپن‌هاون و آرتنز^۲، ۲۰۱۴). همچنین اسکوس، سامسون، سیمپسون و ونرسویک^۳ (۲۰۱۵) نشان دادند که آثار مثبت طرحواره‌درمانی بر روی آشفتگی‌های روانی پس از گذشت زمان تداوم پیدا می‌کند. همچنین پژوهش‌های انجام شده توسط علیزاده اصلی و جعفرنژاد لنگرودی (۱۳۹۷)، کایمس و دورتشی (۲۰۱۶)، دانگ، شارما و شاکوات^۴ (۲۰۱۹) و نورانی، جعفر، حسن و نوا (۲۰۱۹) نشان دادند که طرحواره درمانی بر بهبود باورهای ارتباطی، سازگاری زناشویی، صمیمیت و اسنادهای زناشویی مؤثر است. همچنین افضل‌گروه، نصرت‌آبادی، قاسم‌زاده و چوبداری (۱۳۹۶)، تاملینسان، کیفیتز، راوانا و لیوملی^۵ (۲۰۱۷) و هاشمیان‌پور، جعفری و ذبیحی (۲۰۱۹) در پژوهش‌های خود نشان دادند که طرحواره درمانی باعث افزایش رضایت جنسی و بهبود عملکرد جنسی زنان می‌شود. هرچند روابط فرازناشویی در اغلب کشورها، حجم وسیعی از پژوهش‌ها را به خود اختصاص داده است، اما شرایط خاص فرهنگی، مذهبی و اجتماعی در ایران مانع از انجام مطالعات کافی و جامع در این زمینه شده است. در نهایت اینکه با توجه به افزایش نرخ بروز روابط فرازناشویی در این پژوهش قصد بر این است که تأثیر طرحواره درمانی بر این دو متغیر مهم که وضعیت روان‌شناختی زنان را بسیار تحت تأثیر قرار می‌دهد، در این قشر و در ایران بررسی شود. بنابراین، فرضیه پژوهش بدین صورت است: طرحواره درمانی بر بهبود اسنادهای ارتباطی و عملکرد جنسی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازناشویی همسر مؤثر است.

-
1. Leahy
 2. Bamelis, Evers, Spinhoven and Arntz
 3. Skewes, Samson, Simpson and Van Vreeswijk
 4. Dang, Sharma and Shekhawat
 5. Tomlinson, Keyfitz, Rawana and Lumley

روش

روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه پژوهش شامل زنان آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی همسر مراجعه کننده به سه مرکز مشاوره شهر اهواز در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۸ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی همسر بود که ابتدا به صورت هدف‌مند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند که از نظر تحصیلات و شغل همتا شده بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تمایل به همکاری برای دریافت مداخله درمانی، عدم تمایل به طلاق، داشتن حداقل یک فرزند، مدرک تحصیلی دیپلم به بالا، حداقل سه سال سابقه زندگی مشترک و دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به همکاری، وجود اختلال روان‌شناختی و غیبت بیش از یک جلسه در جلسات آموزشی و در شرف طلاق بودن بر اساس خوداظهاری آن‌ها بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۲ سال و ۶ ماه بود. ۲۰ نفر شاغل و ۱۰ نفر خانه‌دار بودند. و تحصیلات آن‌ها ۴ نفر دیپلم، ۲۰ نفر لیسانس و ۶ نفر فوق لیسانس بودند. درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آن‌ها رضایت‌نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضا کردند. پس از پایان پژوهش، به منظور رعایت اصول اخلاقی، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس یک متغیری (آنکوا) و چندمتغیری (مانکوا) با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ به کار برده شد. در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده شده است.

پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان^۱: این پرسشنامه را روزن و همکاران (۲۰۰۰) ساخته‌اند. این پرسشنامه دارای ۱۹ گویه است که در قالب طیف لیکرت، تقریباً همیشه (۵) و تا هیچ (۱) نمره‌گذاری می‌شود که بر این اساس دامنه نمرات بین ۱۹ تا ۹۵ قرار دارد. نمرات بالاتر، نشان‌دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر است. نتایج اولیه پژوهش‌ها پایایی و روایی پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند (روزن و همکاران، ۲۰۰۰). قسامی، شعیری، اصغری مقدم و رحمتی (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند که نتایج تحلیل عاملی از روایی سازه حمایت

1. Female Sexual Function Index

کرد. در ایران نیز جزینی و همکاران (۱۳۹۶) پایایی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمده است.

مقیاس اسناد ارتباطی^۱: این مقیاس را فینچام و برادبوری^۲ (۱۹۹۲) تهیه کرده‌اند. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۶ گویه‌ای این مقیاس استفاده شد. این مقیاس دارای دو بعد اسناد علی^۳ و اسناد مسئولیت‌پذیری^۴ است که گویه‌های آن به صورت لیکرت و در یک طیف ۶ درجه‌ای (از ۱= کاملاً مخالفم تا ۶= کاملاً موافقم) قرار دارد که بر این اساس دامنه نمرات بین ۶ تا ۳۶ قرار دارد. نمرات بالاتر، نشان‌دهنده اسناد ناکارآمدتر است. فینچام، پالیری و رگالیا^۵ (۲۰۰۲) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در ابعاد علی و مسئولیت‌پذیری برای مردان به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۷ و برای زنان به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. در پژوهش خجسته‌مهر و همکاران (۱۳۸۹) پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ در بعد علی برای زنان عادی و متقاضی طلاق برابر ۰/۸۷ و ۰/۷۷، و در بعد مسئولیت‌پذیری برابر ۰/۹۰ و ۰/۷۸ محاسبه شد. همچنین، برای بررسی روایی این مقیاس از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ استفاده شد که ضریب همبستگی بعد علی و بعد مسئولیت‌پذیری با رضایت زناشویی در زنان متقاضی طلاق به ترتیب ۰/۲۱۹- و ۰/۳۷۵- و در زنان عادی به ترتیب ۰/۵۳۵- و ۰/۶۲۲- محاسبه شد که حاکی از روایی این مقیاس است (شهبازی، کرای و کیانی جم، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ در بعد علی و مسئولیت به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمده است.

روش مداخله: طرح درمانی به شیوه گروهی بر پایه الگوی یانگ بر روی کلیه شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۲۰۰۶). پس از اجرای پیش‌آزمون در هر دو گروه، گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه، یک روز در هفته، هر جلسه ۹۰ دقیقه تحت مداخله درمانی قرار گرفت، اما گروه کنترل، درمانی دریافت نکرد و پس‌آزمون هم

-
1. Relationship Attribution Measurement (RAM)
 2. Fincham and Bradbury
 3. causal attributions
 4. responsibility attributions
 5. Fincham, Paleari and Regalia

یک هفته پس از اتمام درمان برای گروه آزمایش و کنترل انجام شد و این مداخله توسط متخصص مشاوره در مرکز مشاوره انجام شده است. خلاصه جلسات به شرح زیر بود:

جدول ۱: برنامه طرحواره درمانی گروهی بر پایه الگوی یانگ و همکاران (۲۰۰۶)

جلسات	اهداف	محتوا	رفتار مورد انتظار	تکالیف
۱	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره	مطرح کردن قوانین گروه بیان اهداف؛ آموزش مفهوم طرحواره و طرحواره درمانی و شناخت مشکل فعلی	جلب اعتماد شرکت کنندگان و گرفتن تعهد جهت شرکت در مداخله	اجرای فرم کوتاه پرسشنامه طرح واره یانگ
۲	آموزش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آنها	سنجش طرحواره از طریق تصویرسازی ذهنی و برانگیختن طرحواره های اعضا	توانایی تحلیل الگوهای خود آسیب رسانی	تصویرسازی ذهنی با افراد مهم زندگی تأثیرگذار در شکل گیری طرح واره
۳	پی بردن به سبک های مقابله ای و شناختن ماهیت خودآسیب رسان سبک های مقابله ای	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای زوج برقراری گفتگو بین جنبه ناسالم طرحواره و جنبه سالم، استفاده از بازی مدافع شیطان	استفاده از سبک درمانی رویارویی همدلانه	آموزش، تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی
۴	توضیح سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرحواره ها	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله ای اعضا؛ تدوین و ساخت کارتهای آموزشی	جایگزین کردن سبک های مقابله ای سازگار با سبک ناسازگار	یادداشت سبک‌های مقابله در زندگی روزمره
۵	یادگیری مهارت هایی به منظور مقابله با طرحواره ها هنگام برانگیختن در زندگی روزمره	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا؛ تدوین و ساخت کارت های آموزشی طرح واره	تهیه کارت هایی که قوی ترین شواهد علیه طرحواره ها را دربرگیرد	ساخت کارت آموزشی
۶	برانگیختن هیجان های مرتبط با طرحواره های ناسازگار اولیه	تصویرسازی ذهنی و ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفتگوی خیالی	گسره زدن باور شناختی از غلط بودن طرح واره به باور هیجانی	تمرین تکنیک تصویرسازی ذهنی در خارج از جلسه
۷	شناسایی نیازهای ارضاء نشده توانمند سازی اعضا برای جنگیدن علیه طرحواره ها	برقراری گفت و گوی خیالی با همسر از طریق روش صندلی خالی	پیدا کردن راه های جدید برقراری ارتباط با همسر	نوشتن نامه به همسر
۸	تمرکز بیشتر بر طرحواره های ناسازگار و ارتباط با سبک دل بستگی نالیمن	مرور و بررسی تکلیف خانگی؛ تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج های احتمالی تغییر	درک ارتباط سبک دل بستگی نالیمن با طرحواره های ناسازگار	ارائه پس آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل

یافته‌ها

برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. نتایج محاسبه شده در مورد متغیرهای پژوهش به لحاظ آماری معنادار نبود، بنابراین، مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل کواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در سطح ۰/۰۵ در متغیرهای پژوهش بود.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

متغیرها	مرحله	طرحواره درمانی		کنترل	
		M	SD	M	SD
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	۴۵/۵۹	۵/۶۷	۴۴/۳۲	۵/۱۱
	پس‌آزمون	۵۷/۴۸	۶/۸۶	۴۵/۱۸	۵/۲۴
بعد علی	پیش‌آزمون	۱۴/۹۵	۴/۶۲	۱۵/۰۳	۴/۶۷
	پس‌آزمون	۹/۷۰	۴/۵۴	۱۴/۸۳	۵/۵۲
بعد مسولیت پذیری	پیش‌آزمون	۱۳/۲۹	۵/۷۰	۱۴/۰۲	۴/۴۴
	پس‌آزمون	۶/۴۵	۴/۴۶	۱۳/۹۳	۴/۹۱

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، سطوح معناداری همه آزمون‌ها، بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای اسناد ارتباطی و عملکرد جنسی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

نام آزمون	ارزش	F	DF فرضیه	DF حطا	p	Eta
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۴۹	۴۷/۹۴	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۶۴

همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ اسناد ارتباطی و عملکرد جنسی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، طرحواره درمانی با توجه به میانگین نمره اسنادهای ارتباطی و عملکرد جنسی گروه آزمایش نسبت به میانگین نمره اسنادهای ارتباطی و عملکرد جنسی گروه گواه، موجب بهبود معنادار اسنادهای ارتباطی و

عملکرد جنسی در گروه آزمایش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) نمرات اسناد ارتباطی دو گروه

متغیرهای وابسته	SS	Df	MS	F	سطح معناداری	اندازه تأثیر
بعد علی	۶۳/۷۹	۱	۶۲/۵۴	۹/۴۵	۰/۰۰۶	۰/۳۱۲
بعد مسولیت پذیری	۱۲۵/۹۱	۱	۱۲۵/۹۱	۳۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۴
عملکرد جنسی	۲۷۳/۱۲	۱	۲۷۳/۱۲	۹۱/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴۶

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود اسنادهای ارتباطی و عملکرد جنسی زنان آسیب دیده از روابط فرازنشویی همسر بود. یافته‌ها نشان داد که طرحواره درمانی با توجه به میانگین اسنادهای ارتباطی گروه آزمایش نسبت به میانگین اسنادهای ارتباطی گروه گواه، موجب بهبود معنادار اسنادهای ارتباطی در گروه آزمایش شده است. این یافته با پژوهش‌های انجام شده توسط علیزاده اصلی و جعفرنژاد لنگرودی (۱۳۹۷)، کایمس و دورتشی (۲۰۱۶)، دانگ و همکاران (۲۰۱۹) و نورانی و همکاران (۲۰۱۹). همسو و هماهنگ است و یافته‌های پژوهشی آن‌ها را تأیید می‌کند. در تبیین این نتایج می‌توان گفت از آنجایی که فعال شدن و تحریک شدن طرحواره‌ها به تولید اضطراب، هیجان‌های ناخوشایند و احساسات درمانده‌ساز منجر می‌شوند، لذا افراد از ابتدای کودکی به منظور سرکوب کردن اضطراب ناشی از طرحواره‌ها، پاسخ‌ها یا سبک‌های مقابله ناسازگاری را به کار می‌بندند. اگرچه این سبک‌های مقابله در موقعیت به صورت کوتاه‌مدت به کاهش اضطراب منجر می‌شوند، ولی در بلندمدت تداوم و تقویت آن‌ها در پی خواهند داشت. طرحواره درمانی با داشتن دیدگاهی چندبعدی در کنار در نظر گرفتن تأثیر شناخت‌ها و نگرش‌ها به بررسی ریشه‌های مشکل در گذشته پرداخته و درصدد آگاهی و ایجاد بینش در فرد است. همچنین با به‌کارگیری این روش فرد می‌تواند علت مشکلات ارتباطی خود را درک کرده و در نتیجه برای رهاشدن از دام مشکلاتش با انگیزه بیشتری روی رشد فردی و پیشرفت خود تمرکز کند؛ شناسایی طرحواره‌ها به فرد کمک می‌کند تا مشکلات عمیقش را دقیق‌تر درک کرده و آن‌ها را تعریف کند و در جریان درمان نیز درمانگر به فرد کمک می‌کند تا طرحواره‌ها را با تأکید بر روابط عاطفی از دوران کودکی تا

زمان حال بررسی کند. این روش باعث می‌شود تا فرد علت مشکلات ارتباطی خود را دریابد و برای رهایی از مشکلاتش با انگیزه بیشتری کار کند (یانگ، کالسکو و ویشار، ۲۰۰۶).

همچنین یافته‌ها نشان داد که طرحواره درمانی با توجه به میانگین عملکرد جنسی گروه آزمایش نسبت به میانگین عملکرد جنسی گروه کنترل، موجب افزایش معنادار عملکرد جنسی در گروه آزمایش شده است. این نتایج با یافته‌های افضل‌گروه و همکاران (۱۳۹۶)، تاملینسان و همکاران (۲۰۱۷) و هاشمیان‌پور و همکاران (۲۰۱۹) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت رویکرد طرحواره درمانی بر این باور استوار است که شرایط منحصر به فردی که شخص در کودکی تجربه می‌کند، نقش مهمی در ایجاد مجموعه باورهای درباره‌ی خویشتن و دیگران ایفا می‌کند، که در مسیر زندگی تداوم دارند و به رابطه‌ی فرد با خود و دیگران مربوط می‌شود. از این رو هریک از زوجین طرحواره‌هایی درباره‌ی خود و روابط صمیمی دارند که با خود به روابط زناشویی می‌آورند. طرحواره‌ها شامل فرضیاتی است درباره‌ی همسر و رابطه‌ی زناشویی، آن گونه که هستند و معیارهایی درباره‌ی این که چگونه باید باشند (اپستین و باکوم، ۲۰۰۲).

هریک از زوج‌ها علاوه بر طرحواره‌هایی که با خود به رابطه می‌آورند، در ارتباط فعلی خود نیز طرحواره‌هایی نیز به وجود می‌آورند که خاص این رابطه است. پس طرحواره‌درمانی درصدد شناسایی این طرحواره‌ها و تلاش در جهت اصلاح یا تغییر آن‌ها و در نتیجه بهبود روابط زوجین است. طرحواره‌درمانی با تغییر در ساختارهای شناختی اضطراب‌زا و زاینده هیجان‌های منفی، به کاهش اضطراب پاسخ جنسی و رهایی فرد از هیجان‌های منفی و در نتیجه بهبود عملکرد جنسی منجر می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده ناگزیر از روش نمونه‌گیری در دسترس بود. همچنین این پژوهش بر روی زنان متأهل آسیب‌دیده از روابط فرا زناشویی همسر شهر اهواز انجام شده است؛ بنابراین، در تعمیم این یافته به جامعه‌های دیگر بایستی احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود از یافته‌های این پژوهش در مشاوره‌های خانواده و فردی برای شناسایی افراد در معرض روابط فرا زناشویی استفاده شود. همچنین ضروری است که مسئولان زیربنا اقدامات جدی‌تری در راستای آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط جنسی مناسب در سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی داشته باشند تا از بروز صدمات روان‌شناختی آتی جلوگیری شود. همچنین، درمانگران حوزه خانواده، نقش شناخت‌ها به ویژه استانداردهای زناشویی و اسنادهای ارتباطی را در جهت

پیشگیری از عمیق شدن ناسازگاری زوجین، مورد تأکید قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد است. از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- افضلی گروه، علی،، نصرت آبادی، مطهره،، قاسم زاده، مهدی و چویداری، عسگر (۱۳۹۶).
اثر بخشی طرحواره درمانی بر بهبود کمبود میل جنسی زنان متأهل شهر سیرجان. سلامت
جامعه، ۱۱(۳ و ۴): ۳۸-۴۶.
- پاک نیت، معصومه و روشن چسلی، رسول (۱۳۹۷). پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس
هیجان خواهی، صمیمیت، عملکرد جنسی و ویژگی های شخصیتی در پرستاران. *دوفصلنامه
روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶(۱): ۱۷۸-۱۵۹.
- جزینی، شادی،، عبدالهی، نیره،، امان الهی، عباس و اصلانی، خالد (۱۳۹۶). پیش بینی عملکرد
جنسی بر اساس سبکهای دلبستگی، تمایز یافتگی خود و تحصیلات در دانشجویان زن
متأهل شهر اهواز. *فصلنامه مطالعات روان شناختی*، ۱۳(۴): ۴۳-۶۰.
- خرم آبادی، راضیه،، سپهری شاملو، زهره،، صالحی فدوی، جواد و بیگدلی، ایمان (۱۳۹۷). مدل
ساختاری کارکردهای اجرایی و روابط فرا زناشویی با بررسی نقش میانجی خودکنترلی.
فصلنامه روان شناسی شناختی، ۶(۱): ۴۶-۵۸.
- خجسته مهر، رضا،، غفاری، نسرین و کرای، امین (۱۳۸۹). اسنادهای ارتباطی به عنوان پیش بین
قوی موقعیت زناشویی زنان. *پژوهش های مشاوره*، ۹(۳۴): ۱۰۷-۱۲۴.
- رفیعی، شبنم و جمهری، فرهاد (۱۳۹۸). رابطه خیانت زناشویی و سبک های عشق ورزی با
رضایت جنسی زوجین از یکدیگر. *جامعه شناسی آموزش و پرورش*، ۱۱: ۱۴۹-۱۴۱.
- شهبازی، مسعود،، کرای، امین و کیانی جم، ناهید (۱۳۹۶). استانداردهای زناشویی و اسنادهای
ارتباطی به عنوان پیشبین های سازگاری و ناسازگاری زناشویی زنان. *روان شناسی خانواده*،
۴ (۲): ۲۹-۴۲.

علیزاده اصلی، افسانه و جعفر نژاد لنگرودی، زینب (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر برنامه غنی سازی ارتباطی پذیرش و ذهن آگاهی در صمیمیت، سازگاری و تاب آوری در زنان با تعارضات زناشویی شهرستان کرج. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۷(۳): ۲۴۸-۲۵۶.

فاضل همدانی، نغمه و قربان جهرمی، رضا (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانگری به روش تحلیل رفتار متقابل بر نظم جویی شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر، *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*، ۱۷(۷۰): ۷۴۵-۷۵۳.

قسامی، مریم، شعیری، محمدرضا، اصغری مقدم، محمدعلی و رحمتی، نرجس (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۶ سؤالی مقیاس عملکرد جنسی زنان (FSFI-۶) در زنان ایرانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۲(۷): ۵۳۲-۵۴۳.

قره گوزلو، نادیا؛ مرادحاصلی، مستانه و عطادخت، اکبر (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری حضوری و مجازی بر اساس اختلال استرس پس از سانحه در روابط فرا زناشویی. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره*، ۱۷(۶۵): ۱۸۷-۲۰۶.

محمدی، حانیه، سپهری شاملو، زهره و اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه. *اندیشه و رفتار*، ۱۳(۵۱): ۲۷-۳۸.

Afzali Groh, A., Nusratabadi, M., Qasemzadeh, M. and Choobdari, Asgar. (2017). The effectiveness of schema therapy on improving the lack of sexual desire of married women in Sirjan. *Community Health*, 11 (3 & 4): 38-46 (Text in Persian).

Alizadeh Asli, A. and Jafarnejad Langroudi, Z. (2018) The effectiveness of schema therapy based on the enrichment program of communication, acceptance and mindfulness in intimacy, adaptability and resilience in women with marital conflicts in Karaj city. *Journal of Alborz University of Medical Sciences*, 7 (3): 248-256(Text in Persian).

Bamelis, L.M., Evers, S.M., Spinhoven, P.S. and Arntz, A.A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3): 305-322.

Caleb Harris, M.A. (2018). *Characteristics of Emotional and Physical Marital Infidelity that Predict Divorce*. ProQuest Publication. London.

- Dang, S., Sharma, P. and Shekhawat, L. S. (2019). Cognitive schemas among mental health professionals and other health professionals. *Indian journal of psychological medicine*, 41(3): 258.
- Epstein, N. and Baucom, D. H. (2002). Enhanced cognitive - behavioral therapy for couples: A contextual approach Washington DC: American Psychological Association.
- Fincham, F. D. and Bradbury, T. N. (1992). Assessing attribution in marriage: The Relationship Attribution Measure. *Journal of personality and social psychology*, 64: 449- 452.
- Fincham, F. D., Paleari, G. and Regalia, C. (2002). Forgiveness in marriage: The role of relationship quality, attributions, and empathy. *Journal of Personal Relationships*, 9: 27-37.
- Fazel Hamedani, N. and Ghorban Jahromi, R. (2018). The Effectiveness of Group Therapy by Mutual Behavior Analysis on Cognitive Emotional Regulation of Emotion and Marital Intimacy of Women Affected by Husband's Infidelity, *Journal of Psychological Sciences*, 17 (70): 753-745 (Text in Persian).
- Hashemipoor, F., Jafari, F. and Zabihi, R. (2019). Maladaptive schemas and psychological well-being in premenopausal and postmenopausal women. *Przegląd menopauzalny Menopause review*, 18(1): 33.
- Hilt, L. M. (2004). Attribution retraining for therapeutic change: Theory, practice, and future directions. *Journal of Imagination, Cognition and Personality*, 23: 289–307.
- Jazini, S., Abdollahi, N., Aman Elahi, A. and Aslani, K. (2017). Predicting sexual performance based on attachment styles, self-differentiation, and education of married female students in Ahvaz. *Journal of Psychological Studies*, 13 (4): 60-43 (Text in Persian).
- Khorramabadi, R., Sepehri Shamloo, Z., Salehi Fadavi, J. and Bigdeli. I. (2018). Structural model of executive functions and transnational relations by examining the mediating role of self-control. *Journal of Cognitive Psychology*, 6 (1): 58-46(Text in Persian).
- Khojastehmehr, R., Ghaffari, N. and Karaei, A. (2010). Communication documents as a strong predictor of women's marital status. *Counseling Research*, 9 (34): 124-107(Text in Persian).
- Kimmes, J. G. and Durtschi, J. A. (2016). Forgiveness in romantic relationships: The roles of attachment, empathy, and attributions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42, 565–759.
- Kimmes, J. G., Durtschi, J. A., Clifford, C. E., Knapp, D. J. and Fincham, F. D. (2015). The role of pessimistic attributions in the association between anxious attachment and relationship satisfaction. *Family Relations*, 64, 547–562.
- Maphosa, S., Mutandwa, P.H. and Nyamayaro, A. (2017). Infidelity Appetite:

- Psychological Factors Influencing Married Women to Engage in Extra-Marital Affairs. *International Journal of Innovative Research and Development*, 6 (1): 46-52.
- Mohammadi, H., Sepehri Shamloo, Z. and Asghari Ebrahimabad, M. (2019). The effectiveness of group emotional schema therapy on reducing psychological distress and the difficulty of regulating the excitement of divorced women. *Thought and Behavior*, 13 (51): 38-27(Text in Persian).
- Mtenga, S.M., Pfeiffer, C., Tanner, M., Geubbels, E. and Merten, S. (2018). Linking gender, extramarital affairs, and HIV: a mixed methods study on contextual determinants of extramarital affairs in rural Tanzania. *AIDS Research and Therapy*, 15(1): 12-19.
- Nooroney, N., Jafar, W.M., Hasan S. A. and Noal, S.M. (2019). The effect of schema therapy and schema-focused mindfulness therapy on marital communication of Iranian women in Malaysia. *Konselor*, 8(3):74-83.
- Paknit, M. and Roshanchseli, R. (2018). Predicting marital satisfaction based on excitement, intimacy, sexual function, and personality traits in nurses. *Quarterly Journal of Clinical Psychology and Personality*, 16 (1): 178-159 (Text in Persian).
- Qara Gozlu, N., Murad Hassali, M. and Atadakht, A. (2018). Comparison of the effectiveness of face-to-face and virtual cognitive-behavioral couple therapy based on post-traumatic stress disorder in extramarital relationships. *Quarterly Journal of Counseling Research*. 17 (65): 206-187. (Text in Persian).
- Qasami, M., Shairi, M., Asghari Moghadam, M. and Rahmati, N. (2014). Investigating the Psychometric Characteristics of Question 6 of the Women's Sexual Performance Scale (6FSFI) in Iranian Women. *Journal of Urmia of Nursing and Midwifery*, 12 (7): 543-532(Text in Persian).
- Rafiei, Sh. and Jomhri, F. (2019). The relationship between marital infidelity and lovemaking styles with the couple's sexual satisfaction. *Sociology of Education*, 11: 149-141(Text in Persian).
- Rosen. R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R. and et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal Sex Marital Ther*; 26(2): 191-208.
- Skewes, S. A., Samson, R. A., Simpson, S. G. and Van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 5: 1-9.
- Shahbazi, M., Karaei, A. and Kiani Jam, V. (2017). Marital standards and communication standards as preconditions for women's marital adjustment and incompatibility. *Family Psychology*, 4 (2): 42-29(Text in Persian).
- Tomlinson, R. M., Keyfitz, L., Rawana, J. S. and Lumley, M. N. (2017). Unique

- contributions of positive schemas for understanding child and adolescent life satisfaction and happiness. *Journal of Happiness Studies*, 18(5): 1255-1274.
- Whitson, S. and El-Sheikh, M. (2014). Marital conflict and health: Processes and protective factors. *Aggression and Violent Behavior*, 8(3): 283-312.
- Young, J. E. and Glusoski, V. (1997). *A schcema-focused perspective on satisfaction in close relationships*. In R. J. Sternberg and M. Hojjat (Eds.), *Satisfaction in close relationships*. New York: Guilford press.
- Young J.E., Klosko J.S. and Weishaar ME (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. A Division of Guilford Publications, Inc.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل مدار بر کیفیت زندگی و افسردگی دختران جوان

زهرا زاهدی^۱، احمد امانی^۲، آرمان عزیزی^{۳*}، غفار نصیری
هانیس^۴، فاطمه زارعین^۵ و نرگس ویژه راوری^۶

چکیده

اختلال روانی افسردگی از علل عمده آشفتگی کیفیت زندگی است که می‌تواند عملکرد تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی را تا مرز ناتوان شدن مختل سازد. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل مدار بر افسردگی و کیفیت زندگی دختران افسرده بود. پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش دختران جوانی بودند که در سال ۱۳۹۸ برای درمان افسردگی به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه کرده و با روش در دسترس انتخاب شدند. نمونه شامل ۴۰ نفر که به صورت تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان راه‌حل مدار و گروه کنترل، جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه افسردگی و پرسشنامه کیفیت زندگی بود. سپس گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان راه‌حل مدار طی ۹ جلسه ۲ ساعته تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندگانه تجزیه و تحلیل شد. با وجود اینکه نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی تأثیر مطلوبی بر افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی داشته‌اند، اما روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثرتر بوده است، ولی بین دو روش درمانی در هر دو متغیر تفاوت معنادار وجود ندارد. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند یک درمان انتخابی برای کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در دختران جوان افسرده باشد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، درمان راه‌حل مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه هرمزگان، هرمزگان، ایران. hh_kh64@yahoo.com

۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران. Ahmad_counsellor@yahoo.com

۳. نویسنده مسئول: دکتری مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. Armanazizi2020@gmail.com

۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه خرم‌آباد، خرم‌آباد، ایران. gh.nasiri.hanis@gmail.com

۵. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تحقیقات، تهران، واحد یزد، ایران. zareinfateme6@gmail.com

۶. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات هرمزگان، هرمزگان، ایران. nargesvizhehravary@gmail.com

مقدمه

افسردگی یکی از اختلالات روانی و از بزرگ‌ترین عوامل ناتوان‌کننده افراد در سراسر جهان است که در اثر عوامل گوناگون زیستی، روانی و اجتماعی ایجاد می‌شود که اغلب بیانگر عدم تعادل و نابسامانی جنبه‌های مهم زندگی شخص است (شاهی و محمدی‌فر، ۲۰۱۷). افسردگی در حد چشمگیری توانایی انجام امور شغلی و تحصیلی و مقابله با مشکلات زندگی روزمره را مختل می‌کند (سلیکینی و موسلر^۱، ۲۰۱۸). در واقع، افسردگی با تأثیر منفی روی زندگی روزمره و کاهش عملکرد، کیفیت زندگی^۲ را کاهش می‌دهد (مبارکی اصل، میرمظاهری، درگاهی و حدادی، ۱۳۹۸). کیفیت زندگی یک مفهوم شخصی ادراک‌شده از احساس خوب بودن و رضایت از زندگی است (باسیو و باسیو^۳، ۲۰۱۵). کیفیت زندگی را ارزیابی‌های ذهنی فرد و توانایی حفظ یا بهتر کردن جنبه‌های شخصیت تعریف کرده‌اند (بدوسکی، اسچیف و سایرین^۴، ۲۰۱۶).

برای افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی دسته‌ای از روان‌درمانی‌ها که به درمان‌های موج سوم معروف است، مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان قرار گرفته که یکی از آن‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در سال ۱۹۸۲ توسط استیون هیز^۵ معرفی شده، اصول و مهارت‌هایی برای کمک به مراجعان برای شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های مهم و بارز زندگی به آن‌ها آموزش داده می‌شود (الهی‌فر، قمری و زهراکار، ۱۳۹۸). دیگر شیوه روان‌درمانی مورد توجه در این پژوهش درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌مدار است که توسط برگ و دیشیزر^۶ (۱۹۷۸) ابداع شده و یکی از روش‌های درمانی مؤثر برای کمک به اشخاص دچار مشکلات خلقی و هیجانی است. دیدگاه زیربنایی این شیوه روان‌درمانی آن است که دگرگونی‌ها پیوسته و ناگزیرند و بر این باور استوار است که تمرکز بر گذشته و کند و کاو در مشکلات آن، روندی طولانی‌مدت و

-
1. Slekiene and Mosler
 2. quality of life
 3. Baci
 4. Budowski, Schief and Sieber
 5. Steven Hayes
 6. Berg and Deshazer

کم‌فایده است و در آن به دنبال کشف راه حل با متوسل شدن به توانایی‌های مراجع است (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۱، ۲۰۱۷).

نتایج پژوهش شبه آزمایشی عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶) که با هدف مقایسه اثربخشی درمان راه حل محور، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه شهر سنندج انجام گرفته، حاکی از آن است که با وجود اثربخشی هر سه روش، درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی نسبت به درمان راه حل محور و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، مؤثرتر است. محمودی، مداحی، پورشریفی و مسچی (۱۳۹۸) در پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد و گروه درمان شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی که با روش نیمه آزمایشی با جامعه زنان مبتلا به بیماری سوءهاضمه عملکردی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گوارش شهر اراک انجام دادند، دریافتند که هر دو روش در افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی مؤثر است. داودی (۱۳۹۷) نیز در پژوهشی که با هدف بررسی اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌مدار بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دارای سقط مکرر انجام داده، نشان داد که درمان راه‌حل‌مدار می‌تواند بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد اثرگذار باشد. از طرف دیگر، مفید، فاتحی‌زاده و درستی (۱۳۹۶) دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی میانسال در شهر اصفهان تأثیر معناداری دارد. در جریان درمان، درمانگر تمرکز مراجع را به موقعیت‌هایی سوق می‌دهد که در آن مشکل به هر دلیلی، رخ نداده است (کوئیک^۲، ۱۳۹۵)، با یافتن استثناءها در زندگی مراجع و با تمرکز بر مسأله‌گشایی به جای فنون روان‌درمانی، اعضای گروه را ترغیب می‌کرد تا دیدگاه‌ها و راهکارهای ذهنی و عملی کارآمد را اتخاذ کنند و بدین صورت مراجع را به آینده امیدوار می‌کرد.

تاکنون در پژوهش‌های پیشین متغیرهای مستقل این پژوهش در جامعه دختران جوان دچار افسردگی بررسی و مقایسه نشده تا با مقایسه آن‌ها روش بهینه معرفی و پیشنهاد شود. همچنین

-
1. Goldenberg
 2. Quiek

در سال‌های اخیر افسردگی ناشی از دوران جوانی و مشکلات آن در مراجعان کلینیکی نویسنده مسئول مقاله بسیار زیاد بوده است و لذا با توجه به اهمیت و لزوم حل بحران‌های هیجانی و کاهش آسیب‌های روانی آن از جمله افسردگی و همچنین اهمیت یافتن اثربخش‌ترین درمان برای افزایش کیفیت زندگی در این افراد و با توجه به تفاوت‌های نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌مدار، هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی این دو درمان بر کیفیت زندگی و افسردگی دختران جوان دچار افسردگی است. فرضیه پژوهش حاضر این بود که دو درمان مذکور می‌توانند بر کاهش افسردگی و بالابردن کیفیت زندگی دختران جوان تأثیرگذار باشند و اینکه بین دو درمان از لحاظ مقدار اثربخشی بر متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد.

روش

روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه‌های موازی آزمایشی و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بودند از دختران جوان دچار افسردگی که در سال ۱۳۹۸ برای درمان افسردگی به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد، بدین ترتیب که از بین تمام مراکز مشاوره شهر تهران چند مرکز مشاوره در دسترس انتخاب و پس از اعلام فراخوان برای شرکت در طرح درمانی ۴۰ نفر از کسانی که مایل به شرکت در طرح درمانی بودند و طی انجام مصاحبه روان‌شناختی، تشخیص افسردگی اساسی^۱ دریافت کرده بودند، به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۴ نفر)، درمان راه‌حل‌مدار (۱۳ نفر) و گروه کنترل (۱۳ نفر)، جایگزین شدند. گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل‌مدار طی ۹ جلسه ۲ ساعته تحت درمان قرار گرفتند (هر پنج روز یک جلسه به صورت گروهی) و گروه کنترل در این مدت درمانی دریافت نکردند. ملاک‌های ورود به طرح درمانی عبارت بودند از تشخیص افسردگی اساسی بر اساس انجام مصاحبه تشخیصی روان‌شناختی، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه؛ کامل نبودن پاسخ‌ها؛ عدم پاسخگویی به

1. major depressive disorder

ابزار در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پرت بودن داده‌ها هنگام تحلیل آماری بود. شایان ذکر است که تا مرحله پس‌آزمون ۴ نفر (۲ نفر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱ نفر از هریک از دو گروه دیگر) از افراد ریزش کردند و در انتها در هر گروه ۱۲ نفر با پژوهشگر همکاری کردند.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی^۱: یک ابزار خودگزارشی ۲۶ گویه‌ای است که دارای چهار خرده‌مقیاس کیفیت زندگی جسمانی^۲، روانی^۳، اجتماعی^۴ و محیطی^۵ است. بر طبق نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان (اسکوینگتون، لتفی و اسکونل^۶، ۲۰۰۴) مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (نصیری، ۱۳۸۵). طیف پاسخگویی به سؤالات این پرسشنامه ۵ گزینه‌ای (همیشه = ۱، هیچ وقت = ۵) است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در ایران نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) بالاتر از ۰/۶۵ گزارش کرده‌اند. همسانی درونی این ابزار در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بود.

پرسشنامه افسردگی بک^۷: پرسشنامه افسردگی بک یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۱ گویه است و هر گویه یک جنبه خاص از افسردگی را می‌سنجد. نمرات بالا نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. بک، استیر و گاربین^۸ (۱۹۸۸) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. فتی (۱۳۸۲) پایایی این پرسشنامه را در جامعه بزرگسالان ایرانی ۰/۷۸ و اعتبار آن را ۰/۸۴ و

-
1. Quality of Life-BREF
 2. Physical
 3. psychological
 4. social
 5. environmental
 6. Skevington, Lotfy and O'Connell
 7. Beck depression Inventory
 8. Beck, Steer and Garbin

همچنین ثبات درونی آن را ۰/۸۳ گزارش کرده است. همچنین روایی پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. همسانی درونی این ابزار در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بود.

برنامه‌های درمانی - برنامه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای راهنمای درمانی هریس^۱ (۲۰۰۷) بدون تغییر تدوین شد.

جدول ۱: شرح خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف و تمرین خانگی
اول	برقراری رابطه درمانی	بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، قوانین و مقررات، اجرای پیش‌آزمون	آشنایی کافی	نوشتن اهداف شرکت
دوم	عوامل کیفیت زندگی	کیفیت زندگی و افسردگی، نشانه‌ها و پیامدها	شناسایی عوامل علی	نگارش تأثیر افسردگی و کیفیت زندگی بالا در زندگی
سوم	کنترلی ناکارآمد و درماندگی خلاق	راهبردها و کارآمدی کنترلی برای مقابله با مشکلات، پی بردن به بیهودگی راهبردهای کنترلی با استفاده از استعاره شخص در چاه	خودآگاهی درباره خودکنترلی	مشخص کردن راهبردهای کنترلی و تأثیر آن‌ها
چهارم	ذهن‌آگاهی و پذیرش	بیهودگی راهبردهای کنترلی، اجتناب از تجارب دردناک گام‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش	آرمیدگی	اجرای تمرینات ذهن‌آگاهی
پنجم	آموزش گسلش شناختی	توضیح آمیختگی شناختی، آموزش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار و مشاهده آن با استفاده از استعاره قطار	شناسایی افکار مزاحم	تمرین گسلش شناختی در طول هفته و بررسی تأثیر آن

جدسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف و تمرین خانگی
ششم	آشنایی با خود به عنوان زمینه	توضیح مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود با استفاده از استعاره صفحه شطرنج	گسلش شناختی شروع شود	تمرین آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند.
هفتم	تصريح ارزش‌ها	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر	شناسایی انواع حس‌ها	مشخص کردن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آن‌ها در حیطه‌های مختلف
هشتم	ایجاد تعهد برای عمل در راستای ارزش‌ها	ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش‌ها	شروع به حرکت در جهت ارزش‌ها	شناسایی و اجرای طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و بررسی تأثیر آن
نهم	جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون	بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت آن‌ها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی، اجرای پس‌آزمون	داشتن تعهد و جهت تغییر و حرکت در مسیر ارزش‌ها	

برنامه جلسات درمانی راه حل محور با توجه به منابع مربوط به این رویکرد درمانی نلسون و توماس^۱ (۲۰۰۷)، بدون تغییر تدوین شد.

جدول ۲: شرح خلاصه جلسات درمان راه‌حل محور

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف و تمرین خانگی
اول	برقراری رابطه درمانی	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه، اجرای پیش‌آزمون	آشنایی کافی	مشخص کردن موارد مثبتی که درمان‌جویان تمایل دارند در زندگی آن‌ها تداوم یابد.

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف و تمرین خانگی
دوم	تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترس	تمرکز نکردن بر مشکل، تعیین اهداف ملموس، عینی، مثبت و عملی	تعریف مجدد مشکلات و راه حل‌ها	شناسایی اهداف مشخص عینی و ملموس به جای تمرکز بر مشکل
سوم	بررسی راه‌حل‌های برطرف‌کننده شکایات	تدوین راه حل‌ها با بررسی تغییرات مثبت	آغازگری و برانگیختگی برای شروع فرایند	مشخص کردن کارهایی که پس از رفع مشکل درمان‌جویان به انجام‌دادن آن تمایل دارند.
چهارم	بررسی میزان تعهد و امیدواری	استفاده از مقیاس‌بندی برای ارزیابی میزان تعهد و امیدواری افراد برای حل مشکل	ارزیابی عینی و موقعیت‌سنجی بهینه	مشخص کردن مشکلات و مقیاس‌بندی آن
پنجم	بررسی استثناهای زندگی	کمک به درمان‌جویان در جهت یافتن استناها، ایجاد امید در جهت تغییر و مقابله با مشکل	کم کردن اعداد مشکلات مقیاس‌بندی شده	شناسایی مواقعی که ناراحتی وجود ندارد یا از شدت کم‌تری برخوردار است.
ششم	آموزش راه‌حلیابی با استفاده از سؤال معجزه	پرسیدن سؤال معجزه و ترغیب درمان‌جویان به بیان توانمندی‌ها	تغییر دیدگاه بر اساس استثنائات	تفکر در مورد سؤال معجزه و شناسایی راه حل‌های مؤثر
هفتم	یافتن راه‌های متفاوت برای احساس، تفکر و رفتار	تأکید بر عملی کردن راه حل‌ها و جایگزین کردن افکار، احساسات و رفتار مناسب	شروع به عملی کردن راه حل‌ها	یافتن افکار، احساسات و رفتارهایی متفاوت از آنچه که تا به حال وجود داشته است.
هشتم	بررسی تغییرات سازنده و تثبیت آن‌ها	برجسته‌سازی قابلیت‌ها و توانمندی‌های درمان‌جویان، چگونگی تثبیت تغییرات ایجاد شده	جایگزین کردن رفتارهای جدید	یادداشت نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر، روش آموزشی و طرح پژوهشی
نهم	جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون	ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی، دریافت بازخورد از درمان‌جویان، اجرای پس‌آزمون	تغییر افکار، احساسات و رفتار بر اساس موارد مطرح شده	

روش

در ابتدا در هر سه گروه پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی اجرا شد. سپس گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان راه‌حل مدار طی ۹ جلسه ۲ ساعته تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند و بنا شد که بر اساس نتایج به دست آمده بهترین درمان بعد از مداخلات برای این گروه نیز اجرا شود. در انتها نیز در هر سه گروه پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی دوباره اجرا و داده‌های پژوهش تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود، برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است. یکی از این پیش‌فرض‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات است. برای بررسی این پیش‌فرض از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج آزمون برای متغیرهای حیطه جسمی، حیطه روان‌شناختی، حیطه روابط اجتماعی، حیطه محیطی و مقیاس کلی کیفیت زندگی و مقیاس کلی افسردگی در هیچ‌یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل معنادار نیستند که $(P > 0/05)$ نشان می‌دهد توزیع نمرات در این متغیرها نرمال است. پیش‌فرض بعدی که بررسی شد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها است. بدین منظور آزمون لون استفاده شد. مقادیر آماره F که نشان‌دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل است، در هیچ‌یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نیست $(P > 0/05)$. با توجه به این نتیجه پیش‌فرض برابری واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. با توجه به اینکه مهم‌ترین پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، نتایج اجرای این آزمون در جدول (۳) ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود با توجه به کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون تفاوت میان گروه‌ها در پس‌آزمون کیفیت زندگی و افسردگی از لحاظ آماری معنادار است $(Sig.= 0/001)$ بدین معنا که رویکردهای درمانی بر کیفیت زندگی و افسردگی اثربخش بوده‌اند.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در متغیر کیفیت زندگی و افسردگی

منبع	Df	Ms	F	Sig	Eta	Power
هر دو	کیفیت زندگی	افسردگی	کیفیت زندگی	افسردگی	کیفیت زندگی	افسردگی
پیش‌آزمون	۱	۱۲۳۶/۲۶	۲۶۶/۱۶	۳۶/۲۵	۵۰/۲۱	۰/۵۱۶
گروه	۲	۱۷۶۳/۱۷	۲۲۵/۸۴	۵۱/۷۰	۴۲/۶۱	۰/۷۳۱
خطا	۳۲	۳۴/۱۰	۵/۳۰			
کل	۳۶					

در ادامه برای بررسی این فرضیه که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و افسردگی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان راه‌حل‌مدار و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود با وجود اینکه هر دو روش تأثیر مطلوبی بر ارتقاء کیفیت زندگی داشته‌اند، اما روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان راه‌حل‌مدار تأثیر بیشتری داشته است.

جدول ۴. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش مؤثرتر بر کیفیت زندگی

گروه I	گروه‌های J	تفاوت میانگین‌های I-J	انحراف استاندارد	Sig.
راه‌حل‌مدار	اکت	-۵/۴۸	۲/۲۹	۰/۲۱
	کنترل	۲۱/۶۴	۲/۳۱	۰/۰۰۱
اکت	راه‌حل‌مدار	۵/۴۸	۲/۲۹	۰/۲۱
	کنترل	۲۷/۱۲	۲/۲۹	۰/۰۰۱
کنترل	راه‌حل‌مدار	-۲۱/۶۴	۲/۳۱	۰/۰۰۱
	اکت	-۲۷/۱۲	۲/۲۹	۰/۰۰۱

همچنین همان‌گونه که در جدول (۵) نتایج قابل مشاهده است، با وجود اینکه هر دو روش تأثیر مطلوبی بر افسردگی داشته‌اند، اما روش درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به روش درمانی راه‌حل‌مدار تأثیر بیشتری داشته است. همچنین بین دو روش و تأثیر آن بر افسردگی تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۵: آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش مؤثرتر بر افسردگی

گروه I	گروه‌های J	تفاوت میانگین‌های I-J	انحراف استاندارد	Sig.
راه‌حل مدار	اکت	۰/۹۹۷	۰/۹۱۸	۰/۲۸۳
	کنترل	-۸/۱۹	۰/۹۰۵	۰/۰۰۱
اکت	راه‌حل مدار	-۰/۹۹۷	۰/۹۱۸	۰/۲۸۳
	کنترل	-۹/۱۹	۰/۹۳۰	۰/۰۰۱
کنترل	راه‌حل مدار	۸/۱۹	۰/۹۰۵	۰/۰۰۱
	اکت	۹/۱۹	۰/۹۳۰	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان راه‌حل مدار بر کیفیت زندگی و افسردگی دختران جوان دچار افسردگی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کیفیت زندگی بیشتر و افسردگی کم‌تری داشتند. به این معنی که درمان راه حل مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی دختران جوان نمونه پژوهش مؤثر بوده‌اند. مقایسه نتایج پس‌آزمون دو گروه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری نسبت به درمان راه‌حل مدار هم بر افسردگی و هم بر کیفیت زندگی داشته است. همچنین نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و تأثیر آن بر افسردگی و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود ندارد.

بخشی از یافته‌های بالا بیان‌کننده اثربخش بودن درمان راه‌حل مدار بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی بود که با نتایج پژوهش‌های عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶)، محمودی، مداحی، پورشریفی و مسچی (۱۳۹۸) و داودی (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین اثربخشی درمان راه‌حل مدار بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی می‌توان گفت که یافتن استثناها در زندگی مراجع می‌تواند مراجع را به آینده‌ای بهتر امیدوار کند. در جریان درمان، درمانگر تمرکز مراجع را به موقعیت‌هایی سوق می‌دهد که در آن مشکل به هر دلیلی رخ نداده است (کوئیک، ۱۳۹۵) و با تمرکز بر مسأله‌گشایی به جای فنون روان‌درمانی، اعضای گروه را ترغیب می‌کند تا دیدگاه‌ها و راهکارهای ذهنی و عملی کارآمد را اتخاذ کنند. در درمان راه حل محور به جای تمرکز بر علل ایجاد مشکل، بر شناسایی راه حل‌ها تأکید می‌شود. در درمان افسردگی با

رویکرد راه حل محور به مراجع کمک می‌شود تا استثناها و لحظاتی را شناسایی و تقویت کند که فرد افسرده نیست یا شدت افسردگی کمتر است؛ بدین ترتیب فرد متوجه می‌شود که افسردگی یک اتفاق دائمی و همیشگی نیست و فرد از توانایی و منابع لازم برای مواجهه مناسب با افسردگی و تبعات آن برخوردار است و همین امر باعث تغییرات شناختی بزرگی در فرد می‌شود که می‌تواند محرکی باشد برای ایجاد تغییرات بیشتر و مؤثرتر. بخشی از مداخلات این گروه پرسشگری مبتنی بر انگاره معجزه با هدف القای خوش‌بینی درباره آینده و در راستای تسهیل کاهش مسیر دستیابی به راه حل و هدف است که پس از تنش‌زدایی و دشواری‌های ناشی از شکست هیجانی رخ می‌دهد. در مجموع، فنون و تکنیک‌های درمان راه‌حل‌مدار سبب می‌شود که مراجعان تفکر و نگرش خود را درباره مشکلات ناشی از شکست هیجانی تغییر دهند و با ایجاد احساسی بهتر در آن‌ها نسبت به خودشان و در کل زندگی، نمایان کردن نقاط قوت و موفقیت‌هایشان، آن‌ها را به سمت راه‌حل‌های موجود هدایت کرده و از این طریق مراجعان خود را توانمندتر ارزیابی می‌کنند و تلاش برای فعالیت‌های مفید را بیشتر می‌کنند. همه این تغییرات موجب افزایش ابعاد کیفیت زندگی از جمله احساس نیرو و انرژی بیشتر، کاهش درد، افزایش عملکرد فیزیکی و روانی در دختران جوان دچار افسردگی می‌شود. به همین شیوه بر طبق اصل مشکل - استثنا در درمان راه‌حل‌مدار افسردگی به صورت افسردگی - عدم افسردگی مفهوم‌سازی می‌شود؛ اعضای گروه در می‌یابند که افسردگی پیوسته نبوده و اگر بتوانند استثناهایی را برای مشکل بیابند، می‌توانند تغییر لازم را ایجاد کنند. در نتیجه ایجاد راه‌حل‌ها و امیدواری و افزایش ابعاد کیفیت زندگی مراجع، افسردگی او نیز کاهش خواهد یافت.

بخش دیگری از یافته‌های پژوهش حاضر بیان‌کننده اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی بود که با نتایج پژوهش مفید و همکاران (۱۳۹۶) و بهروز و همکاران (۱۳۹۵) همخوانی دارد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی و همچنین تأثیر بیشتر این درمان باید گفت که موضوع این شیوه روان‌درمانی کنش‌های ارزش محور و مبتنی بر وضعیت‌های ملازم با ذهن‌آگاهی است. در این شیوه روان‌درمانی همه اندیشه‌ها و احساس‌های آزاردهنده منفی که در ایجاد و پایداری اختلال

خلقی افسردگی نقش دارند، ناشی از ذهن ناهماهنگ با امر واقع دانسته می‌شود؛ بنابراین، بر اساس افزایش واقع‌نگری و گشودگی به تجربه مراجع آن‌ها را پذیرفته و برای تغییر یا کنترل آن‌ها تلاشی نمی‌کند. در حالی که در درمان راه‌حل‌مدار چندان که در شیوه‌های سنتی معمول بود، مراجعان باید تفکر و نگرش خود را درباره مشکلات زندگی کنترل و تغییر دهند. دختران افسرده تحت درمان با این رویکرد می‌آموزند که به جای غرق شدن در زندگی از دست رفته خود و سختی‌ها و دشواری‌هایی که ممکن است در آینده با آن مواجه شوند، اهداف منطبق بر ارزش‌های خود را شناسایی کنند و حتی با وجود افکار و احساسات فرساینده‌ای که موجب افسردگی فرد و کاهش کیفیت زندگی او می‌شوند، متعهدانه به اهداف خود پایبند باشند تا بتوانند بهتر و مؤثرتر زندگی و شرایط خود را مدیریت کنند و در کنار آرامش روانی و جسمانی و روابط اجتماعی بهتر از زندگی سالم‌تر و شاداب‌تری بهره‌مند شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع این امکان را می‌دهد که نخست به دگرگون ساختن نحوه تلقی و تعامل با تجارب درونی، کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف روان‌شناختی و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند اقدام کنند. همچنین این شیوه روان‌درمانی بر غنی ساختن یک رابطه فارغ از قضاوت و برخوردار از شفقت با تجارب تأکید می‌شود. همچنین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل آموزش عمل مبتنی بر ارزش توأم با تمایل به عمل به‌عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب، باعث می‌شود دختران هنگام مواجهه با فشار روانی ناشی از افسردگی، با بیان افکار و احساسات خود به شیوه‌ای مستقیم برای خود ارزش قائل شوند و با حفظ خویشتن تحریک‌پذیری، غم، بی‌تابی، بی‌قراری و سایر تنش‌های ناشی از شکست هیجانی را کاهش دهند؛ بنابراین، با غلبه بر افسردگی، ارزیابی بهتری از خود خواهند داشت و با تلاش دوباره کیفیت زندگی آن‌ها بالا خواهد رفت.

در مجموع، تفاوت دو رویکرد راه‌حل‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی دختران جوان دچار افسردگی این است که در جریان درمان راه‌حل‌مدار، درمانگر تمرکز مراجع را به موقعیت‌هایی سوق می‌دهد که در آن مشکل به هر دلیلی رخ نداده است، و مراجع را برای تغییر و کنترل تفکر و نگرش خود درباره مشکلات ناشی از شکست هیجانی تشویق می‌کند. در حالی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تغییر شناخت‌ها و چالش با آن‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و

احساساتش افزایش یابد؛ یعنی به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی افکار و احساسات؛ کارکرد افکار و احساسات تغییر می‌یابد. همچنین آگاهی نسبت به تجارب اجتناب شده و پذیرش آن و پابندی به عمل بر طبق ارزش‌ها در حوزه‌های مختلف زندگی، از دلایل دیگر اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان راه‌حل‌مدار بر افسردگی و کیفیت زندگی است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش این بود که شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر دختران جوان دچار افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران بودند، باید در تعمیم یافته‌ها به افراد با سایر مشکلات روانی و همچنین جنس مذکر، احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در جامعه مردان و زنان سایر شهرها با داشتن سایر اختلالات روانی نیز انجام شود و تفاوت‌های احتمالی نتایج آن پژوهش‌ها با یافته‌های این پژوهش بررسی شود. شایان ذکر است که همه موازین اخلاقی درخور این پژوهش شبه آزمایشی، اعم از مشارکت آگاهانه طبق ضوابط ارزشی و اخلاقی APA رعایت شد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند نهایت قدردانی و تشکر را داریم.

منابع

- الهی‌فر، حسن، قمری، محمد و زهراکار، کیانوش (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی معلم‌های زن. *روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳(۱): ۱۵۱-۱۴۱.
- داودی، ن. (۱۳۹۷). *اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دارای سقط مکرر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز.
- عزیزی، آرماد و قاسمی، سیمین (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه‌حل‌مدار، شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۸(۲۹): ۲۰۷-۲۳۶.
- کوئیک، الن (۱۳۹۵). *روان‌درمانی راهبردی راه‌حل‌مدار*. ترجمه سمیه شاهمرادی و مریم

فاتحی‌زاده. تهران: ساوالان.

مبارکی اصل، نوشین، میرمظاهری، ریحانه، درگاهی، رقیه، حدادی، زهرا و منتظر، مجید (۱۳۹۸). ارتباط صفات شخصیت، اضطراب، افسردگی و ناامیدی با کیفیت زندگی

بیماران مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*. ۱۲ (۳): ۶۰-۷۱.

مفید، وحیده، فاتحی‌زاده، مریم و درستی، فاطمه (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی در شهر اصفهان. *پژوهش‌های*

راهبردی مسائل اجتماعی ایران، ۳ (۱۸)، ۳۰-۱۷.

محمودی، فرح، مداحی، محمدابراهیم، پورشریفی، حمید و مسچی، فرحناز (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی،

اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی. *فصلنامه مدیریت ارتقای*

سلامت. ۸ (۴): ۴۳-۵۲.

Azizi, A. and Ghasemi, S. (2017). Comparison the effectiveness of solution-focused therapy, cognitive-behavior therapy and acceptance and commitment therapy on depression and quality of life in divorced women. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 8 (29): 207-236.

Baciu, C. and Baciu, A. (2015). Quality of life and students' socialization through sport. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 209, 78-83. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.260>.

Budowski, M., Schief, S. and Sieber, R. (2016). Precariousness and quality of life a qualitative perspective on quality of life of households in precarious prosperity in Switzerland and Spain. *Applied Research in Quality of Life*, 11 (4): 1035-1058.

Davoody, N. (1397). *The effectiveness of short-term solution-based treatment on depression and quality of life in women with recurrent miscarriage*. M.A thesis Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahwaz. (Text in Persian).

Elahi Far, H., Ghamari, M. and Zaharakar, K. (2020). Comparison of the effectiveness of teaching the approach based on improving the quality of life and treating acceptance and commitment to increase the happiness of female teachers. *Applied Psychology*, 13 (1): 151-141. (Text in Persian).

Goldenberg, H. and Goldenberg, I. (2017). *Family therapy: An overview*, 9th Edition. Cengage Learning.

Harris, R. (2007). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Introductory Workshop Handout*. [Internet]. Available from: <http://www.actmindfully.com.au>

Kim, H. (2006). Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy. *Unpublished doctoral dissertation*, the State University of New York, Buffalo.

Mobaraki Asl, N., Mirmazhari, R., Dargahi, R., Hadadi, Z. and Montazer, M.

- (2019). Relationships among personality traits, anxiety, depression, hopelessness, and quality of life in patients with breast cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 12 (3):60-71(Text in Persian).
- Mofid, V., Fatehizadeh, M. and Dorosti, F. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and quality of life of women criminal prisoners in Isfahan city. *Strategic Research on Social Problems in Iran University of Isfahan*, 6 (3): 17-30. (Text in Persian).
- Mahmoudi, F., Maddahi, M., Poursharifi, H., Meschi, F. (2019). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment group therapy and cognitive-behavioral group therapy on quality of life, anxiety and depression in patients with functional indigestion. *Journal of Health Promotion Management*. 8 (4):43-52
- Nelson, T.S. and Thomas, F.N., (2007). *Handbook of solution-focused brief therapy: Clinical applications*. Binghamton. New York: Haworth Press.
- Quick, E. (2016). *Solution-oriented strategic psychotherapy*. Translated by Somayeh Shahmoradi and Maryam Fatehizadeh. Tehran: Savalan.
- Slekiene, J. and Mosler, HJ. (2018). Does depression moderate handwashing in children? *BMC Public Health*, 18 (82): 1-9.

تأثیر اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی بر اجتناب تجربی و تحمل پریشانی مردان ندامتگاه مبتلا به افسردگی اساسی

رضا عسگری^۱ و شهناز خالقی‌پور^{۲*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی بر اجتناب تجربی و تحمل پریشانی مردان مبتلا به افسردگی تحت نظر در ندامتگاه انجام شد. طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با پیگیری یک ماهه و گروه کنترل بود. جامعه آماری را مردان مبتلا به افسردگی در یکی از ندامتگاه‌ها در شش ماهه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل داده بودند. پس از ارزیابی اولیه با مقیاس افسردگی بک، ۳۰ نفر به روش در دسترس با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی در ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (در هر هفته یک جلسه) بر روی گروه آزمایش اجرا شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات مقیاس پذیرش و عمل و تحمل پریشانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط هر دو گروه تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل، در میانگین نمرات اجتناب و تحمل پریشانی از جلسه پیش‌آزمون تا پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار بود. در مجموع با توجه به نتایج می‌توان گفت که درمان اختصاصی‌سازی حافظه می‌تواند بر اجتناب و تحمل پریشانی مردان ندامتگاه مبتلا به افسردگی مؤثر باشد.

کلید واژه‌ها: اجتناب تجربی، اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی، تحمل پریشانی، ندامتگاه

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، اصفهان، ایران. shkhaleghipour@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، اصفهان، ایران. rezaasgari137@gmail.com

مقدمه

افسردگی نوعی اختلال روانی است که با غم و اندوه، از دست دادن علاقه یا لذت، احساس گناه یا کم ارزش بودن، خواب آشفته، احساس خستگی، پایین آمدن خلق و خو و تمرکز ضعیف مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳).

افسردگی شدید می‌تواند به خودکشی منجر شود و این عامل مرگ بیش از ۸۰۰۰۰۰ نفر در هر سال در سراسر جهان است. در سطح جهان، حدود ۳۰۰ میلیون نفر از افسردگی رنج می‌برند اگر روند فعلی ادامه یابد، بار افسردگی با افزایش ۷/۵ درصدی از کل بار بیماری‌ها، در چند سال آتی به دومین عامل اصلی ناتوانی تبدیل خواهد شد. براساس اعلام سازمان بهداشت جهانی در سراسر جهان از هر ۹ نفر در ندامتگاه، یک نفر اختلال روانی دارد که اکثر آن‌ها از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند. میزان بالای اختلالات روانی در این جمعیت ناشی از عواملی مانند ازدحام، خشونت، انزوای اجباری، عدم حفظ حریم خصوصی و نداشتن فعالیت مؤثر، ناامنی درباره آینده و خدمات ناکافی بهداشت روان در ندامتگاه است و پایش نظام سلامت روانی سازمان جهانی بهداشت، زندانیان را آسیب‌پذیر و به عنوان گروه‌هایی مطرح کرده که نیاز به خدمات ویژه بهداشت روان دارند (المایو، امبائو و گوتیما^۲، ۲۰۱۹).

حافظه سرگذشتی یکی از سازوکارهای شناختی در افراد افسرده در ندامتگاه که به عنوان هدف درمانی تعیین شده است. خاطرات اتوبیوگرافیک مجموعه‌ای از خاطرات طولانی مدت متشکل از جزئیات حافظه رویدادی و معنایی است که به عنوان داستان اصلی در زندگی یک فرد مهم است (هاریس و برن سن^۳، ۲۰۱۹).

طبق تحقیقات اولیه حافظه سرگذشتی^۴ یک پدیده قابل مطالعه در رابطه با خلق است (رشینرو پلازا، اوچلدی لوجامبیا، پجیورت، ای لو^۵، ۲۰۱۸). براساس مدل حافظه هماهنگ با خلق برادلی، موگ و میلر^۶ (۱۹۹۶) حافظه می‌تواند به وسیله حالت خلقی موجود، مورد

-
1. American psychiatric association
 2. Alemayehu, Ambaw and Gutema
 3. Harris and Berntsen
 4. autobiographical memory
 5. Racionero-Plaza, Ugalde-Lujambio, Puigvert and Aiello
 6. Bradley, Mogo and Miller

سوگیری واقع شود که به شروع یا تداوم اختلال عاطفی منجر شود و افراد رویدادهای منفی را سریع تر از رویدادهای مثبت به یاد آورده و علاوه بر کندی پاسخ به نشانه‌های مثبت، در ارائه پاسخ‌های اختصاصی به نشانه‌های مثبت و منفی ناتوان هستند.

کلارک و فربورن^۱ (۱۹۹۷) مطرح می‌کنند که حافظه به صورت سلسله مراتبی سازمان‌بندی شده، لایه‌های فراتر حاوی اطلاعات کلی است که می‌توانند نسبت به لایه‌های فروتر که اختصاصی و جزئی‌تر هستند به مثابه شاخص عمل کنند؛ زمانی که فرد می‌کوشد تا یک رخداد را بازیابی کند نخست یک توصیف کلی را در لایه فراتر فراهم می‌آورد، این توصیف سپس برای جستجو در بانک اطلاعاتی حافظه لایه فروتر به کار گرفته می‌شود تا یک خاطره متناسب احتمالی یافت شود. برای مثال در پاسخ به محرک شاد افراد یک توصیف واسطه مبتنی بر این سؤال ناآشکار را فراهم می‌آورند: چه نوع افراد، فعالیت‌ها و مکان‌هایی مرا خوشحال می‌کنند. توصیف لایه فراتر ممکن است چیزهایی نظیر باغبانی یا گردش رفتن با دوستان باشد. به نظر می‌رسد افراد افسرده در سطح وسط‌گیر می‌کنند و قادر نیستند از توصیف‌های کلی که فراهم می‌آورند برای کمک به بازیابی نمونه‌های خاص سود ببرند. اجتناب یکی از سازوکارهایی که در حافظه سرگذشتی بیش کلی‌گرا درگیر است (اسماعیلی، زارع، علی‌پور و اورکی، ۱۳۹۷).

اجتناب تجربی^۲ سازه‌ای است که به منظور اجتناب از تجارب دردناک و وقایعی استفاده می‌شود که باعث فراخواندن این تجارب می‌شوند. همچنین بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی شامل ارزیابی منفی افراطی از حس‌ها، احساسات و افکار خصوصی ناخواسته و فقدان تمایل به تجربه کردن این رویدادهای خصوصی و تلاش‌های عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها می‌شود. این شکل از اجتناب شامل فرونشانی فکر و هیجان، مقابله اجتنابی و ارزیابی مجدد می‌شود (هرشنبگ، موندادی، ورایت و تاس^۳، ۲۰۱۷).

در مدل ویلیامز، لو و گریشمن^۴ (۲۰۰۷) حافظه بیش کلی‌گرا یک سبک عادت‌ی و فراگیر است و به عنوان بخشی از یک راهبرد اجتنابی در مقابل یادآوری حوادث نگران‌کننده عمل می‌کند. این سبک اجتنابی ممکن است در کوتاه مدت اثر سودمندی داشته باشد و از بروز مجدد هیجان‌های

-
1. Clark and Fairburn
 2. experiential avoidance
 3. Hershberg, Mavandadi, Wright and Thase
 4. Williams, Lau and Grisham

منفی یا دردناک همراه با یادآوری حوادث به طور اختصاصی پیشگیری کند، اما در بلند مدت مضر است. اجتناب تجربی باعث حفظ و تداوم هیجانات منفی و به دنبال آن بروز دوره‌های مکرر افسردگی می‌شود.

ریشه افسردگی در نگاه منفی به خود و گریز از تجارب درونی و بیرونی است. براین اساس بین افسردگی و اجتناب تجربی رابطه وجود دارد. علاوه بر این، افراد افسرده در بیان هیجانات منفی تدافعی عمل کرده، آن‌ها را بروز نمی‌دهند و از مکانیسم دفاعی سرکوب عواطف سود می‌برند (هرشبرگ، میوندادی، رایت و تاس^۱، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان داده است افرادی که اجتناب بالایی دارند، آشفتگی روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند. اجتناب تجربی با پریشانی غیرقابل پذیرش، انکار و سرکوبی به شکل فاصله گرفتن از پریشانی همراه است (بولی یون^۲، ۲۰۱۵).

در پریشانی هیجانی^۳ فرد ناتوان از تسلط کامل بر تجربه هیجان آزارنده است و در حفظ تعادل روان‌شناختی و فیزیولوژیک برای فرایندهای انطباقی و مقابله‌ای با شکست مواجه می‌شود (اسپینوون، دروست، دی روجی، وان همرت و پنینس^۴، ۲۰۱۴).

سیمونز و گاهر^۵ (۲۰۰۵) تحمل پریشانی را ظرفیت فرد برای تجربه یا توانایی در تحمل حالت‌های هیجانی منفی، مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی تعریف می‌کنند. همچنین از بعد جسمانی، تحمل پریشانی^۶ به عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود. به طوری که افرادی که تحمل پریشانی بالایی دارند، کم‌تر توسط فشارهای عاطفی برانگیخته شده، رویدادهای منفی را واقع‌بینانه و انعطاف‌پذیرتر در نظر می‌گیرند و شرایط تنش‌زا را اغلب گذرا می‌پندارند (لیرو، زولنسکی و برنشتاین^۷، ۲۰۱۶ و رضاپور میرصالح، اسماعیل بیگی، ۱۳۹۶). برنشتاین،

-
1. Hershenberg, Mavandadi, Wright and Thase
 2. Boullion
 3. emotional distress
 4. Spinhoven, Drost, De Rooij, Van Hemert and Penninx
 5. Simons and Gaher
 6. distress tolerance
 7. Leyro, Zvolensky and Bernstein

زاوالنسکی، ویوجانویک و موس^۱ (۲۰۰۹) مطرح می‌کنند تحمل پریشانی بر فرایندهای مربوط به خودتنظیمی شامل توجه، ارزیابی شناختی وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی پریشانی‌آور اثر گذاشته یا تحت تأثیر آن‌ها قرار می‌گیرد (فروزانفر، ۱۳۹۶).

دیدگاه‌ها دربارهٔ تحمل پریشانی پیشنهاد می‌دهد که افراد با تحمل پریشانی کم‌تر ممکن است در حال یا در آینده به پاسخ ناسازگارانه مثل واکنش‌پذیری رفتاری یا عاطفی، مقابله اجتناب‌مدار، پریشانی و شرایط پریشانی‌آور متمایل باشند، در نتیجه برای اجتناب از احساسات منفی یا حالت‌های آزارنده تلاش کنند و برای پیگیری فرصت‌های تقویت منفی (گریز - اجتناب) وقتی برانگیخته شوند که در دسترس است (فروزانفر، ۱۳۹۶). زاوالنسکی، برنشتاین و ویوجانویک^۲ (۲۰۱۱) مدلی پیشنهاد کردند که تحمل پریشانی یک رفتار پاداش محور است و اینکه فرد تصمیم بگیرد از فرصت‌ها در محیط با چه سرعت و نیرویی پاسخ دهد به ارزش مورد انتظار پاداش، در دسترس بودن موقعیت‌های پاداش در تجربه فرد و توانایی مهار پاسخ فوری بستگی دارد که هر یک از این عوامل به سیستم‌های خاص مغز مربوط می‌شود. از دیدگاه دیگر تحمل پریشانی در ماهیت سلسله مراتبی متشکل از یک سازهٔ یکپارچه تحمل یا عدم تحمل تجربی و تعدادی ابعاد مرتبه پایین‌تر است و عدم تحمل نگرانی تا حدودی به سازهٔ اجتناب تجربی مرتبط می‌شود.

نتایج تحقیق ماتنز، باری، تاکانو و ریس^۳، (۲۰۱۹) نشان می‌دهد بیماران مبتلا به افسردگی به‌طور قابل توجهی بازیابی خاطرات اختصاصی کم‌تر و خاطرات مقوله‌ای بیشتری داشته‌اند و درمان اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی با جلسات درمانی کوتاه مدت (۴ جلسه) همراه با مراقبت بالینی روزانه در بیماران افسرده سرپایی و بستری در بیمارستان‌های مناطق هفت‌گانه بلژیک اثرات مثبتی بر بهبود حافظه سرگذشتی داشته است.

افراد افسرده اختصاصی‌سازی کم‌تری نسبت به نشانه‌های کلامی و تصویری داشته‌اند (رایدوت، دریتسچل، ماتیوز و کارول^۴، ۲۰۱۶). همچنین کم‌ترین بازیابی خاطرات خاص، بیشترین بازیابی خاطرات عام و بیشترین تأخیر زمانی برای بازیابی خاطرات را داشته‌اند (شریفی،

-
1. Bernstein, Zvolensky, Vujanovic and Moos
 2. Zvolensky, Bernstein and Vujanovic,
 3. Martens, Barry, Takano and Raes
 4. Ridout, Dritsche, Matthews and Ocarroll

نشاط دوست، توکلی و شایگان نژاد، ۱۳۹۳).

پژوهش‌های دیگر نشان داد آموزش اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی بر افسردگی بزرگسالان (ارتن و براون، ۲۰۱۸) و افسردگی و بهبود کیفیت زندگی جانبازان (معینی فارسانی و رنجبرکهن، ۱۳۹۵) اثربخش بوده است.

اگرچه پیشرفت‌های چشمگیری در درمان اختلال افسردگی حاصل شده است، ولی این پژوهش با استفاده از دانش بنیادی عصبی شناختی اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی قصد داشته اجتناب و پریشانی هیجانی افراد افسرده را کاهش دهد. لذا برای پیشگیری از آسیب‌های ناشی از افسردگی که در زندانیان به چشم می‌خورد و برتری این درمان نسبت به درمان‌های بالینی دیگر، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی بر اجتناب تجربی و تحمل پریشانی مردان افسرده تحت نظر در ندامتگاه انجام شد. فرضیه‌ها عبارتند از:

اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی بر اجتناب تجربی مردان ندامتگاه مبتلا به افسردگی اساسی تأثیر دارد.

اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی بر تحمل پریشانی مردان ندامتگاه مبتلا به افسردگی اساسی تأثیر دارد.

روش

این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با مدل پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را مردان مبتلا به افسردگی در ندامتگاه شه‌کر در شش ماهه اول سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. به‌منظور انتخاب نمونه پژوهش آزمون افسردگی بک ویرایش دوم (BDII-II) بر روی افراد ندامتگاه اجرا شد و آن‌هایی که نمره بالاتر از (۲۹) کسب کردند، انتخاب و پس از ارزیابی‌های اولیه بر اساس مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختار یافته توسط روان‌شناس با نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از افرادی که ملاک‌های تشخیص اختلال افسردگی را داشتند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش تشخیص اختلال افسردگی، عدم ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پریشی و اختلال شخصیت (به تشخیص روان‌شناس)، دامنه سنی ۴۵-

۳۰ با توجه به شدت علائم در بالغین جوان، مدت حضور در ندامتگاه ۶ ماه تا ۳ سال، عدم شرکت همزمان در هرگونه مداخله درمانی دیگر، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی بود. ملاک‌های عدم ورود عبارت بودند از: معلولیت ذهنی و جسمی، داشتن سابقه بیش از یک بار در ندامتگاه، داشتن رفتارهای پرخطر و جرائم عمدی، ملاک‌های خروج عدم تمایل به ادامه درمان بود. برای رعایت مسائل اخلاقی به کلیه شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات محرمانه خواهند ماند. بر اساس معیارهای تدوین شده اطلاعاتی در باره هدف، مراحل اجرا، طرح آزمایشی، نوع مداخله و سودمندی بالقوه پژوهش برای آزمودنی‌ها مطرح شد.

ابزار پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)^۱: این مقیاس را بک، استیر و براون (۱۹۹۶) ساخته‌اند که بازنگری شده پرسشنامه بک است که برای سنجش علائم و شدت افسردگی تدوین شده است. این مقیاس حاوی ۲۱ گویه است که با مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۳ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره از ۰ تا ۶۳ است. نمره ۲۹-۶۳ نشانه افسردگی شدید است. ضریب آلفای کرونباخ خارجی مقیاس را بک و همکاران ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ و ضریب همبستگی در روایی همگرا با آزمون اضطراب حالتی ۰/۶۹ و افسردگی حالتی ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. پایایی نسخه هنجاریابی ایرانی با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و با روایی سازه با روش تحلیل عاملی و چرخش واریماکس دو عامل شناختی-عاطفی و بدنی استخراج شده است (رجبی و کسمایی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II)^۳: این پرسشنامه را بوند، هیز، بیر، کارپتر و زتلی (۲۰۱۱) ساخته و بازنگری کرده‌اند. یک پرسشنامه ۷ گویه‌ای است که اجتناب رفتاری را می‌سنجد. این پرسشنامه که با مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره بین ۷ - ۴۹ است. نمره بالا نشان‌دهنده اجتناب بیشتر است. ضریب آلفای

-
1. Beck Depression Inventory
 2. Beck, Steer and Brown
 3. Acceptance and Action Questionnaire

کرونباخ خارجی پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است. پایایی نسخه هنجاریابی ایرانی آن توسط عباسی، فتی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱) با تحلیل اکتشافی روایی افتراقی دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی^۱ و کنترل روی زندگی^۲ ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی آزمون با آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (DTS)^۳: این پرسشنامه را عسگری و خالقی (۱۳۹۷) ساخته‌اند. یک پرسشنامه ۱۱ گویه‌ای است که گویه‌ها بر اساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از ۶ (کاملاً موافقم) تا ۱ (کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۱ تا ۶۶ متغیر است. کسب نمره بالا نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالاتر است. پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای تحمل پریشانی ۰/۹۳ و ضریب همبستگی در روایی همگرا با آزمون تحمل پریشانی سیمونز^۴ ۰/۸۳ به دست آمد.

روش اجرا: بعد از اجرای پیش‌آزمون آموزش اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی در ۷ هفته به مدت ۹۰ دقیقه براساس پروتکل مکس ول^۵ (۲۰۱۱) به صورت گروهی برای گروه آزمایش طبق جدول (۱) اجرا شد.

-
1. avoidance of emotional experiences
 2. control of life
 3. Distress Tolerance Scale
 4. Simons
 5. Maxwell

جدول ۱: جلسات اختصاصی سازی سازی حافظه سرگذشتی براساس مدل مکس ول (۲۰۱۱)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار موردانتظار	تکالیف خانگی
اول	آشنایی با هدف درمان	ایجاد جو اعتماد، اهمیت رویدادها و اختصاصی نبودن آن در افسردگی، تأکید بر اهمیت خاطرات منفی، اجتناب از آن ها و تداوم افسردگی	یادآوری خاطرات	یادآوری خاطره های ویژه با کلمه های مثبت و خشتی
دوم	یادآوری خاطرات مثبت و شناسایی سبک بازیابی خاطرات	طرح خاطرات مثبت از دوران کودکی، ارزیابی و شناسایی سبک بازیابی خاطرات	بازیابی اختصاصی رویدادهای کودکی	یادآوری دو خاطره خاص برای نشانه های مثبت و خشتی
سوم	رفع موانع و چالش ها تغییر سبک بازیابی	طرح خاطرات مثبت نوجوانی و جوانی، ارائه مثال های درمانجویان و تحلیل اختصاصی و تأکید بر تغییر سبک بازیابی، یادآوری بیشتر خاطرات مثبت	اصلاح یادآوری غیر اختصاصی،	یادآوری دو خاطره خاص برای نشانه های مثبت
چهارم	بازیابی رویدادهای زندگی	ترغیب به یادآوری خاطرات مثبت بزرگسالی، طرح خاطرات منفی کودکی و اهمیت آن ها در رابطه با افسردگی	بازیابی خاطرات مثبت و منفی	یادآوری دو خاطره خاص برای نشانه های منفی و مثبت
پنجم	بازیابی اختصاصی خاطرات منفی	طرح خاطرات منفی از دوران نوجوانی و بحث درباره اهمیت آن ها در افسردگی، طرح مسأله بازگشت بیماری با تأکید بر حوادث	بازیابی اختصاصی خاطرات منفی نوجوانی	یادآوری دو خاطره خاص برای نشانه منفی
ششم	تحکیم سبک جدید بازیابی	طرح خاطرات منفی بزرگسالی، طرح مثال های درمانجویان، طرح موانع در تحکیم سبک جدید بازیابی	بازیابی اختصاصی خاطرات منفی بزرگسالی	تمرین سبک بازیابی اختصاصی خاطرات مثبت، منفی و خشتی
هفتم	تداوم بازیابی اختصاصی در موقعیت های پیش رو	مرور مطالب قبل، تأکید بر اهمیت تداوم بازیابی اختصاصی در موقعیت های پیش رو، ترغیب به تعمیم روش های آموخته شده به موقعیت های واقعی زندگی، جمع بندی، بازخورد، اجرای پس آزمون و خاتمه درمان	یادگیری تعمیم روش های آموخته شده به موقعیت های واقعی	انجام تمرین های مکرر با کلمات مثبت و منفی

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که افراد گروه نمونه در گروه آزمایش ۱۵ نفر و در گروه کنترل ۱۵ نفر مرد بوده‌اند. رده سنی گروه آزمایش $36/87 \pm 2/07$ و در گروه کنترل $39/73 \pm 2/57$ بوده است. در جدول (۲)، آماره‌های توصیفی نمرات اجتناب تجربی و تحمل پریشانی هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. برای بررسی فرضیه‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری استفاده شد؛ نتایج آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیر اجتناب تجربی و تحمل پریشانی نشان داد سطح معناداری برای هر دو گروه در متغیر وابسته پژوهش بزرگ‌تر از $0/05$ است. بنابراین، با $0/95$ اطمینان هر دو گروه از نظر پراکندگی نمرات در پیش‌آزمون یکسان هستند. نتایج آزمون شاپیروویلک نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات در مرحله پس‌آزمون رعایت شده است ($P > 0/05$). همچنین از آزمون کرویت ماچلی به عنوان پیش فرض استفاده از تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های تکرار شونده استفاده شد و چون داده‌ها از مفروضه کرویت تخطی نکرد، نیاز به تصحیح نبود و با توجه به نتایج آزمون ماچلی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی اجتناب تجربی و تحمل پریشانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری

لوین Pvalue	شاپیرو ویلک p valu	پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۴۲	۰/۹۱	۱/۱۳	۲۱/۶۱	۱/۱۰	۲۲/۵۳	۱/۰۵	۳۱/۲۷	آزمایش	اجتناب تجربی
۰/۴۸	۰/۷۸	۱/۶۹	۳۱/۵۰	۱/۲۷	۳۱/۸۴	۱/۲۵	۳۰/۹۱	کنترل	
۰/۷۱	۰/۶۱	۵/۴۴	۴۱/۳۲	۵/۰۶	۴۰/۲۱	۵/۱۸	۲۹/۵۴	آزمایش	تحمل
۰/۷۴	۰/۷۲	۶/۴۰	۳۱/۷۰	۵/۳۹	۳۱/۴۲	۵/۳۲	۳۰/۹۴	کنترل	پریشانی

به منظور تأثیر اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی بر اجتناب تجربی و تحمل پریشانی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری تکراری استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) ارائه شده است. در این آزمون زمان اندازه گیری به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه به عنوان عامل بین آزمودنی وارد مدل شدند. با توجه به نتایج جدول (۳) در متغیر اجتناب تجربی اثر زمان به لحاظ آماری معنادار است ($p \leq 0/01$) و اجتناب تجربی از جلسه پیش آزمون تا جلسه پیگیری کاهش معنادار داشته است. اثر تعامل زمان با گروه در اجتناب تجربی معنادار است. یعنی اثر متغیر مستقل بر اجتناب تجربی گروه آزمایش معنادار است و این اثر در مرحله پیگیری تداوم دارد. مجذور سهمی انا نشان می دهد ۴۸ درصد از اجتناب تجربی در مردان افسرده ندامتگاه مربوط به عضویت در گروه آزمایش بوده است ($p \leq 0/01$)

همچنین در متغیر تحمل پریشانی اثر زمان به لحاظ آماری معنادار است و تحمل پریشانی از جلسه پیش آزمون تا جلسه پیگیری افزایش معنادار داشته است ($p \leq 0/01$). اثر تعامل زمان با گروه در تحمل پریشانی معنادار است. یعنی اثر متغیر مستقل بر تحمل پریشانی گروه آزمایش معنادار است و این اثر در مرحله پیگیری تداوم دارد ($P \leq 0/01$). مجذور سهمی انا نشان می دهد که ۳۴ درصد از تحمل پریشانی در مردان افسرده ندامتگاه مربوط به عضویت در گروه آزمایش بوده است.

جدول ۳: یافته های مربوط به آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری تکراری برای هر یک از متغیرهای

پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معنی داری	مجذور سهمی انا
اجتناب	زمان	۳۸۹/۷۷۵	۱	۲۵/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸
تجربی	زمان * گروه	۴۲۷/۱۷۶	۱	۱۷/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹
تحمل	زمان	۶۸۳/۱۳۸	۱	۳۹/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱
پریشانی	زمان * گروه	۴۷۰/۱۳۰	۱	۱۵/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد اختصاصی‌سازی حافظه سرگذشتی براجتناب تجربی و تحمل پریشانی مردان افسرده ندامتگاه تأثیر دارد. در بحث همسویی این یافته می‌توان به نتایج مطالعات ارتسن و همکاران (۲۰۱۸)، ماننز و همکاران (۲۰۱۹) و معینی فارسانی و همکاران (۱۳۹۵) اشاره کرد.

در تبیین این یافته براساس دیدگاه کلارک و فریورن (۱۹۹۷) می‌توان گفت حافظه سرگذشتی افراد افسرده سوگیرانه و یادآوری خاطرات آن‌ها بیش کلی‌گراست که به جهت خلاصه کردن رخدادها در سطح میانی حافظه قادر نیستند از توصیف‌های کلی برای بازیابی نمونه‌های خاص سود ببرند و از حافظه لایه فراتر جهت حل مسائل استفاده می‌کنند که این پایگاه اطلاعاتی به دلیل نبود اطلاعات اختصاصی شدیداً محدود است.

بنابراین، حافظه سرگذشتی بیش کلی‌گرا که با سه فرایند اجتناب، نقص در عملکرد اجرایی و نشخوار ذهنی همراه است، علت پایداری افسردگی می‌باشد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین، افراد افسرده در طول بازیابی اطلاعات در سطح بیش کلی‌گرا با اجتناب از هیجان مرتبط با خاطرات ناخوشایند متوقف شده که این حالت برای فرد تقویت کننده بوده و راهبردهایی را محدود می‌کند که برای بازیابی خاطرات از حافظه سرگذشتی مورد نیاز بوده است. شخص افسرده تحت تأثیر حافظه بیش کلی‌گرا بیشتر درگیر نشخوار ذهنی می‌شود و با افکار منفی راجع به حوادث و تحمل کمتر برای پذیرش تجارب هیجانی و اجتناب از آن رویدادها شرایط پریشانی هیجانی را فراهم می‌آورد، همان‌گونه که دیدگاه ویلیامز (۲۰۰۷) نیز ارتباط نشخوار ذهنی و بازیابی خاطرات به صورت کلی از حافظه سرگذشتی را تصدیق کرده است. توجیه احتمال کاهش یادآوری رویدادهای آزارنده دور به دلیل مرور ذهنی کم‌تر، سرکوب فکر و اجتناب است که کاهش دسترسی به خاطرات شخصی بلندمدت را در افراد افسرده در پی دارد. کاهش اختصاصی بودن حافظه در فرد افسرده یک راهبرد شناختی برای اجتناب از دسترسی به جزئیات حوادث شرح حال رنج‌آور بوده و طبق فرضیه کنترل اجرایی کاهش یافتگی اختصاصی حافظه به جهت نقص در کارکرد اجرایی و پردازش اطلاعات در لایه‌های فراتر و سطحی است که این تبیین دیدگاه کلارک و فریورن (۱۹۹۷) را تأیید می‌کند.

شخص افسرده در ندامتگاه برای بازداری از یادآوری تجارب رنج آور آموخته است که قبل از یادآوری حافظه منفی، بازیابی حافظه شرح حال را متوقف کنند که عامل قفل درونی حافظه یادآور است که این وضعیت در بلندمدت علاوه بر یادآوری کلی خاطرات منفی باعث پریشانی ناسازگار می شود. بنابراین، بازیابی اختصاصی حافظه سرگذشتی موجب می شود نقش عملکرد اجرایی در نظام توجه و حافظه بهبود یافته و فرد جستجوی خاطره های اختصاصی و رویدادهای سرکوب شده را با توجه و هشیاری بیشتر مشاهده کند و به جستجو در بانک اطلاعاتی حافظه لایه فروتر و عمقی حرکت کند. بنابراین، با یادآوری خاص خاطرات رنج آور و تغییر سبک بازیابی از بیش کلی گرا به اختصاصی برای خاطرات، نقش اجرایی تجسم و تصویرسازی فعال شده، ظرفیت فرد برای پذیرش تجارب هیجانی افزایش می یابد که هرچند این حالت نگرانی و پریشانی اولیه را در پی دارد، ولی فرونشانی، سرکوبی و انکار را در فرد کاهش داده، آمادگی در مواجهه با تجارب آزاردهنده تسهیل شده، انطباق فرد با پریشانی را بهبود می بخشد و در پی آن ظرفیت فرد را برای تحمل پریشانی گسترش می دهد.

بنابراین، درمان اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی بر اجتناب تجربی و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به افسردگی که در ندامتگاه به سر می برند، به عنوان یک درمان عصبی شناختی مورد توجه است.

این پژوهش با محدودیت هایی رو به رو بوده است که می توان گفت با توجه به اینکه جامعه مورد مطالعه مردان مبتلا به افسردگی در ندامتگاه با مدت کم تر از ۳ سال بوده است، پیشنهاد می شود برای پژوهش های آتی مدت زمان بیشتر و دفعات حضور در ندامتگاه در نظر گرفته شود. علاوه بر این، در این پژوهش به مقایسه اثرات درمان مورد نظر با سایر درمان ها اقدام نشده که پیشنهاد می شود درمان حاضر با سایر درمان ها بر زنان ندامتگاه مقایسه شود. در مجموع با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، پیشنهاد می شود که درمان اختصاصی حافظه سرگذشتی به عنوان مداخله ای مؤثر در کاهش اجتناب و بهبود تحمل پریشانی در ندامتگاه ها توسط روان درمانگران در نظر گرفته شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می دانند تا از شرکت کنندگان و کارشناسان محترم ندامتگاه

که با مشارکت و همکاری خود ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، کمال قدردانی را به عمل آورند.

منابع

اسماعیلی، معصومه، زارع، حسین، علی پور، احمد و اورکی، محمد (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای حافظه سرگذشتی بیش کلی‌گرا در رابطه بین نشخوار ذهنی و نقص در کارکردهای اجرایی با حل مسأله ناکارآمد در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۲(۸۳): ۸۳-۹۴.

رجبی، غلامرضا و کارجوکسمایی، سونا (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II). *فصلنامه اندیشه‌گیری تربیتی*، ۳(۱۰): ۱۳۹-۱۵۸.

رضاپور، میرصالح یاسر و اسماعیل بیگی، منیره (۱۳۹۶). رابطه بین انعطاف‌پذیری و تحمل پریشانی با میانجی‌گری جهت‌گیری منفی به مشکل نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست، *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۶(۳): ۲۲-۳۱.

شریفی، مریم، نشاط‌دوست، حمیدطاهر، توکلی، ماهگل و شایگان‌نژاد، وحید (۱۳۹۳). بررسی عملکرد حافظه سرگذشتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس افسرده و غیرافسرده در مقایسه با افراد سالم. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۳): ۵۴۷-۵۵۷.

عباسی، ایمانه، فتی، لادن، مولودی، رضا و ضرابی، حمید (۱۳۹۱). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱(۶۵): ۲-۸۰.

فروزانفر، آزاده (۱۳۹۶). تحمل پریشانی: نظریه، مکانیسم و رابطه با آسیب‌شناسی روانی. *رویش روان‌شناسی*، ۲(۱۹): ۴۳۹-۴۶۲.

معینی‌فارسانی، رسول و رنجبرکهن، زهره (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش اختصاص‌سازی حافظه سرگذشتی بر افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شهر اصفهان. *مجله طب نظامی*، ۱۹(۱): ۴۰-۴۸.

Alemayehu, E. Ambaw, F. and Gutema, H. (2019). Depression and associated factors among prisoners in Bahir Dar Prison, Ethiopia. *BMC*

- Psychiatry*.10.1186/s12888-019-2071.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Author.
- Beak, A.T., steer, R.A. and Brown, G. k. (1996). Beck depression inventory for measuring depression. *of General psychiatry*, 4(1):561-571.
- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A. and Moos, R. (2009). Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behavior Therapy*.40(3): 291-301.
- Boullion,G.Q. (2015).*The relationships among anxiety, experiential avoidance, and valuing in daily experiences*. Thesis February. University of Mississippi.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K, M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. and Zettle, R., D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*. 10.1016/j.beth.2011.03.007.
- Bradley, B. P, Mogg, K. and Miller, N. (1996). Implicit memory bias in clinical and non-clinical depression. *Behavior Research and Therapy*.34(1): 865-879.
- Clark, D. M. E. and Fairburn, C. G. (1997). *Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford University Press.
- Erten,M. N. and Brown, A. D. (2018). Memory specificity training for depression and posttraumatic stress disorder: A promising therapeutic intervention. *Opinion*,9(1).10.3389/fpsyg.2018.00419.
- Esmaili, M., Zare, H., Alipoor, A. and Oraki, M. (2020). Mediating role of over general autobiographical memory in relationship of rumination and defective executive functions by dysfunctional problem solving in major depression disorder patients. *Journal of Clinical Psychology*.2(83).83-94. (Text in Persian).
- Forouzanfar, A. (2018). Distress tolerance: theory, mechanism and relation to psychopathology. *Rooyesh. Journal Psychology*.2(19).40-48 (Text in Persian).
- Gamez, W., Chmielewski, M. Kotov, R. Ruggero. C, and Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: the multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Psychological Assessment*. 23(1):692-713.
- Harris, D. and Berntsen, D. (2019). Direct and generative autobiographical memory retrieval: How different are they. *Cognition*.74(1). 10.1016/j.concog.2019.102793.
- Hershenberg, R., Mavandadi, S., Wright, E. and Thase, M. E. (2016). Anhedonia in the daily lives of depressed Veterans: A pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity. *Journal of Affective Disorders*.10.1016/j.jad.2016.10.011.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J. and Bernstein, A. (2016). Distress tolerance and psychopathological symptoms and Disorders: A Review of the Empirical

- Literature among Adults". *Psychological Bulletin*. 136 (4): 576–600.
- Martens, K. Barry, T. J, Takano, K. and Raes, F. (2019). The transportability of memory specificity training (MEST): Adapting an intervention derived from experimental psychology to routine clinical practices. *BMC Psychology*.7(5): 10.1186/s40359-019-0279-y.
- Moein Farsani, R. and Ranjbar Kohan, Z. (2017). The effectiveness of autobiographical memory specificity training (MEST) on depression in veterans with post-traumatic stress disorder in Isfahan. *Journal of Military Medicine*. 19(1): 40-48.
- Racionero-Plaza, S. Ugalde-Lujambio, L. Puigvert, L. and Aiello, E. (2018). Reconstruction of auto-biographical memories of violent sexual-affective relationships through scientific reading on love: A psycho-educational intervention to prevent gender violence. *Frontiers in Psychology*. 10.3389/fpsyg.2018.01996.
- Rajabi, G. h. and Karju kasmai, S. (2010). Psychometric properties of a Persian language version of the Beck depression inventory second edition. *Educational Measurement*.3(10):139-158.
- Rezapour Mirsaleh, Y. & Esmaeelbeigi Mahani, M. (2020). The relationship between cognitive flexibility and distress tolerance by the mediating role of negative Problem orientation in orphans and abandoned adolescent. *Quarterly journal of social work*.6 (3): 22-31.
- Ridout, N. Dritschel, B. Matthews, K. and O'Carroll, R. (2016). Autobiographical memory specificity in response to verbal and pictorial cues in clinical depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 51(1): 109-115.
- Simons, J. S. and Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 29 (2): 83–102.
- Sharif, M. Neshatdoost, H. T, Tavakoli, M. and Shaygannejad, V. (2014). Investigation of autobiographical memory performance in depressed and non-depressed patients with multiple sclerosis versus health. *Journal of Research in Behavioral Science*.12(4):547-557 (Text in Persian).
- Spinhoven, P. Drost, J. de Rooij, M. van Hemert, A. M. and Penninx, B.W. (2014). A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorder. *Behavior Therapy*.45(1): 840- 850.
- Williams, J. M. G., Barnhoffer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E. and Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, (1): 122-148.doi: 10.1037/0033-2909.133.1.122
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A. and Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*. New York: Guilford Press.

داوران این شماره

دانشیار دانشگاه محقق اردبیلی	عباس ابوالقاسمی
دانشیار دانشگاه الزهراء(س)	بتول احدی
دانشیار دانشگاه خوارزمی	بلال ایزانلو
استادیار دانشگاه خوارزمی	محمود برجعلی
دانشیار دانشگاه الزهراء(س)	مه‌سیما پورشهریاری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی آجا	امیر محسن راه‌نجات
استادیار دانشگاه رفاه	غزال زندکریمی
استادیار دانشگاه الزهراء(س)	شقایق زهرایی
استاد دانشگاه شهید بهشتی	عصمت دانش
استاد دانشگاه آزاد اسلامی ساری	رمضان حسن‌زاده
دانشیار دانشگاه گیلان	عباسعلی حسین‌خانزاده فیروزجاه
دانشیار دانشگاه ایران	میترا حکیم شوشتری
مدرس دانشگاه فرهنگیان اردبیل	سیامک خدائی خیابوی
استادیار دانشگاه الزهراء(س)	عباس عبدالهی
استادیار دانشگاه اردکان یزد	شکوفه متقی
استاد دانشگاه الزهراء(س)	سیده منور یزدی

In the name of
GOD

Quarterly Journal of Psychological Studies

Faculty of Education and Psychology
Vol. 16, No. 2, Summer 2020, Serial No.59
Alzahra University

Publisher

Alzahra University

Chief Executive

Seyed Abolghasem Mehrinejad

Chief Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Editorial Board

GholamAli Afrooz

Professor, University of Tehran

Mohammad Ali Besharat

Professor, University of Tehran

Ahmad Beh-Pajooh

Professor, University of Tehran

Behrooz Birashk

Associate Professor, Tehran University of Medical Science

Mehrangiz Payvastegar

Associate Professor of Alzahra University

Roshanak Khodabakhsh

Associate Professor of Alzahra University

Zohre Khosravi

Professor, Alzahra University

Esmat Danesh

Professor of Shahid Beheshti University

Seyed abolghasem Mehri nejad

Associate Professor of Alzahra University

Kianoosh Hashemiyan.

Associate Professor, Alzahra University

Eleni G. Hapidou

Researcher, Michael DeGroote Pain Center, Associate

Professor (PT) Department of Psychiatry and Behavioral

Neurosciences

Seyedeh Monavar Yazdi

Professor, Alzahra University

Persian Editor

Roghaye Nazari

English Editor

Seyedeh Monavar Yazdi

Statistics and methodological Adviser

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

Abbas Abdollahi

Assistant Professor, Alzahra University

Executive Manager

Mehrangiz Peyvastegar

Associate Professor, Alzahra University

Editorial Secretary

Roghaye Nazari

Layout Designer

Raha

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

Abstracts

- The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment on Social Anxiety Symptoms and Difficulty in Emotion Regulation: Single-Subject Design** 7-24
Seyedeh Maasumeh Alavi, Parvin Rafieinia, Shahrokh Makvand Hosseini and Parviz Sabahi
- The Relationship between Attachment Pathologies and Depression: Mediating Role of Anger Feeling** 25-40
Mohammad Ali Besharat, Fatemeh Reeisi and Hadi Farahmand
- The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Attention Bias and Emotional Inhabitation in Women with Social Anxiety Disorder** 41-56
Behzad Taghipour *, Sajjad Basharpour, Roqaye Barzegaran
Narjes Zare, Nemat Zali KareNab
- The Role of Temperament and Character Traits, Basic Psychological Needs and Cognitive Flexibility in Psychological Hardiness of Autistic Children's Mothers** 57-74
Mohammad Narimani, Nooshin Fayezi, Jamal Sooreh, Vahid Fallahi
- Compare Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on decrease of Cognitive Distortions in Women with Panic Disorder** 75-90
Elmira Kianipour, Fariba Hassani, Amirmohsen Rahnejat, Afsaneh Ghanbaripanah
- Comparison of Emotion Regulation Strategies, Worry, Meta-Mood and Cognitive Failures in Individual with and without Generalized Anxiety Disorder** 91-108
Abbas Abolghasemi, Rana Lotfibakhsh, Mina Taherifard
- The Mediating Role of Boredom and Fear of Missing Out in the relationship between Depression Symptoms and Problematic Cell-phone Use** 109-124
Salman Zarei
- The Effect of Schema Therapy on Sexual Function and Relationship Attributions among Women Damaged by Marital Infidelity** 125-140
Hossin Elhaei, Kobra Kazemian Moghadam and Homayoon Haroon Rshidi
- Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Solution-focused Therapy on Quality of Life and Depression in Young Girls** 141-156
Zahra Zahedi, Dr. Ahmad Amani, Dr. Arman Azizi,
Ghaffar Nasiri Hanis, Fatemeh Zarein, Narges Vizheh ravari
- The Effect of Autobiographical Memory Specificity Training on Experiential Avoidance and Distress Tolerance in Imprisoned Men Suffering from Major Depressive Disorder** 157-172
Reza Asgari, Shahnaz Khaleghipour

**The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment on
Social Anxiety Symptoms and Difficulty in Emotion
Regulation: Single-Subject Design**

Seyedeh Maasumeh Alavi ¹, Parvin Rafieinia*²,
Shahrokh Makvand Hosseini³ and Parviz Sabahi⁴

Abstract

Unified Transdiagnostic treatment is one of the new psychological therapies that the effect of it on many emotional disorders has been established. Therefore, the present study was conducted to investigate the effectiveness of Unified Transdiagnostic treatment on social anxiety symptoms and difficulty of emotional regulations. It was a Single-subject design study with baseline design, the population of this study were all patients with social anxiety disorders referring to medical centers of counseling, psychological and psychiatric in 2017 in Neyshabur, Iran. Of these, 2 people with social anxiety disorders were selected on a purposive method and based on multidimensional evaluation (SCID-I, Connor's social phobia inventory and psychiatrist's interview). The participants were treated in 15 Sessions of 60-45 minutes of Unified Trans diagnostic and during which the baseline stage, 2nd, 3rd. and 4th measurements were evaluated using the Connor's social phobia inventory and Difficulties in Emotion Regulation Scale of Gratz & Roemer. Data were analyzed using MPI, MPR, Cohen's d, effect size and Visual analysis. The results showed that both participants experienced a significant reduction in social anxiety and difficulty in emotional regulation during and after treatment. According to the results of this study, Unified

-
1. PhD of psychology, Semnan university, Semnan, Iran. alavi.raheleh@gmail.com
 2. * Corresponding author: Assistant professor, department of psychology, Semnan university, Semnan, Iran. p_rafieinia@semnan.ac.ir
 3. Associate professor, department of psychology, Semnan university, Semnan, Iran. shmakvand@semnan.ac.ir
 4. Assistant professor, department of psychology, Semnan university, Semnan, Iran. p_sabahi@semnan.ac.ir
- DOI: 10.22051/psy.2020.23008.1774
<https://psychstudies.alzahra.ac.ir/>

..... Psychological Studies Vol.16 , No.2, Summer 2020

Transdiagnostic therapy was effective in improving the symptoms of social anxiety and difficulty in emotion regulation in patients with social anxiety disorder and therefore, it is suggested as a psychological treatment in clinical practice.

Keywords: *Difficulty in emotion regulation, social anxiety, unified transdiagnostic.*

**The Relationship between Attachment Pathologies and
Depression: Mediating Role of Anger Feeling**

Mohammad Ali Besharat*¹, Fatemeh Reeisi²

and Hadi Farahmand³

Abstract

The present study aimed to examine the mediating role of anger feeling on the relationship between attachment pathologies and depression. It was designed as a correlational research performed with a descriptive method. The research population included all depressed individuals at age range of 18-65 referred to psychology clinics in Isfahan city. Seventy-five depressed patients (45 women, 30 men) selected by purposive sampling method among those who satisfied the research inclusion and exclusion criteria. Participants were asked to complete Adult Attachment Inventory, Novaco Anger Scale, and Depression Anxiety Stress Scale. The results indicated that the hypothesized model had a good fit with the observed data. The correlations between insecure attachment styles, anger feeling, and depression were significantly positive. Based on the results of path analysis, anger feeling played a significant mediating role on the relationship between attachment insecurity and depression. According to the results of the present study, it can be concluded that insecure attachment styles and anger feeling can predict severity of depression symptoms. Considering attachment pathologies and anger feeling may have an important clinical role in the processes of prevention, diagnosis and treatment of depression.

Keywords: Anger, attachment, depression

1. *Corresponding author: Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran: besharat@ut.ac.ir

2. Master of Science in Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. freeisi2008@gmail.com

3. PhD student in Health Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. hdadgar63@gmail.com

DOI: 10.22051/psy.2020.28790.2049

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

The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Attention Bias and Emotional Inhabitation in Women with Social Anxiety Disorder

Behzad Taghipour^{1*}, Sajjad Basharpour², Roqaye Barzegaran³

Narjes Zare⁴ and Nemat Zali KareNab⁵

Abstract

The purpose of this study was to examine the effectiveness of Emotion Regulation on Attention Bias and Emotional inhabitation in women with social anxiety disorder. This semi-experimental study was conducted using pre-test and post-test with control group. The statistical population of this study was compromised the whole female panic disorder patients visited in Ardabil Comprehensive Health clinic in full of 2019. Thirty patients were selected through convenience sampling method and were randomly assigned to two equal experimental and control groups. The experimental group were received the 8 weeks of Emotion Regulation Training, while control group was not received any. Dot-Probe Software and Emotional Inhabitation Questionnaires were used in pre-test, post-test for gathering data. Data were analyzed via descriptive indices and multivariate analysis of covariance. The result of comparing post-test of scores in two groups showed that there were significant differences in symptoms of Attention Bias and Emotional inhabitation scores between experimental and control group.

1. *Corresponding Author: PhD student in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili , Ardabil, Iran. behzad.taaghipuor1386@gmail.com

2. Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. basharpour_sajjad@yahoo.com

3. Ms student Psychology clinical, University of Azad Eslamic Ardabil, Ardabil, Iran. r.barzegaran.95@gmail.com

4. MA counseling family, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. nargeszare72@gmail.com

5. MA Psychology clinical University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. nemat_zali@yahoo.com

DOI: 10.22051/psy.2020.30040.2143

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

Abstracts

These results revealed that the Emotion Regulation Training can reduce the symptoms of Attention Bias and Emotional inhabitation in women with Social Anxiety Disorder. According to the findings of the present study,emotion regulation training can be suggested as an efficient method to reduced attention bias and emotional inhabitation in women with Social Anxiety Disorder.

Keywords: Attention Bias, Emotional Inhabitation, Emotion Regulation Training, Social Anxiety Disorder.

**The Role of Temperament and Character Traits, Basic
Psychological Needs and Cognitive Flexibility in Psychological
Hardiness of Autistic Children's Mothers**

Mohammad Narimani¹, Nooshin Fayezi*²,

Jamal Sooreh³ and Vahid Fallahi⁴

Abstract

The present study investigated the role of the temperament and character traits, basic psychological needs and cognitive flexibility in psychological hardiness of autistic children's mothers in Ahvaz city. The method was descriptive-correctional. The statistical population were included of all mothers of children with autistic dysfunction in Ahvaz. A sample of 130 mothers were selected. The instruments were Ahvaz Hardiness Inventory, Temperament and Character Inventory, Basic Psychological Needs Scale and Cognitive Flexibility Inventory. Data were analyzed by multiple regression and Pearson correlation coefficient. The results showed that there were significant and negative relationships between harm avoidance and reward-dependence on hardiness and positive and significant relationship between other dimensions of temperament and character, basic psychological needs and psychological flexibility with psychological hardiness. The results showed that the temperament and character, novelty-seeking and self-transcendence predicted hardiness. Among the subscales, basic psychological needs predicted hardiness. From the cognitive flexibility components, the perception of the alternative solutions had the ability to

1. Prof. of psychology, Dep, of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran. m_narimani@uma.ac.ir

2.* Corresponding author: Student of Ph.D. of psychology, Dep, Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran. nooshin.fayezi@yahoo.com

3. Student of Ph.D. of psychology, Dep, Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran. jamal.sooreh@gmail.com

4. Student of Ph.D. of psychology, Dep, Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil. Vahid.fallahi.68@gmail.com

DOI: 10.22051/psy.2020.24684.1842

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

Abstracts

predict firmness. Therefore, improving the communication, novelty-seeking and self-transcendence, competency and perception of the alternative solutions may enhance the psychological hardiness of mothers of children with autism and it may improve their welfare.

Keywords: Autism, basic psychological needs, flexibility, hardiness, temperament and character

**Compare Effectiveness of Emotional Schema Therapy and
Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Decrease of Cognitive
Distortions in Women with Panic Disorder**

Elmira Kianipour¹, Fariba Hassani*²,

Amirmohsen Rahnejat³ and Afsaneh Ghanbaripناه⁴

Abstract

The purpose of the study was to compare the effectiveness of Emotional Schema Therapy (EST) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on cognitive distortion in women with panic attack disorder. This was quasi-experimental study pre-test, post-test, with the control and 2 months follow-up group. The statistical study population included all the women with panic attack disorder who referred to one of the Psychiatric Hospital in Tehran for out patient treatment during 2017. A sample of 45 participants were selected by available and purposive sampling method and randomly divided into two different treatments and one control group, having 15 women in each group. Both two experiments were under treatment individually within 11 sessions of 90 minutes, twice a week. While the control group received no treatment. Cognitive distortion scale and panic belief inventory were administered before treatment, the end of treatment sessions and after two months. Data were analyzed using Analysis of variance with repeated measure and

1. Ph.D student, Department of Psychology, Faculty of psychology and educational sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. elmirakianipour@gmail.com.

2. *Corresponding Author: Assistant Professor, Department of general Psychology, Faculty of psychology and educational sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. hasanif949@gmail.com.

3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Medical Faculty, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran. arahnedjat@yahoo.com

4. Assistant Professor, Department of general Psychology, Faculty of psychology and educational sciences ,Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. af-ghanbary@yahoo.com

DOI: 10.22051/psy.2020.28863.2054

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

Abstracts

univariate covariance analysis. The results showed that both EST and MBCT methods was impressive on cognitive distortion of women with panic attack disorder and decreased cognitive distortion in two experimental groups, but there was no significant difference in the efficacy of the two treatments. Also, these two therapies were equally effective at follow-up was not significant. Therefore, these two therapies can be used either way to decrease cognitive distortions.

Keywords: *Cognitive distortion, emotional schema therapy, mindfulness-based cognitive therapy, panic disorder*

Comparison of Emotion Regulation Strategies, Worry, Meta-Mood and Cognitive Failures in Individual with and without Generalized Anxiety Disorder

Abbas Abolghasemi¹, Rana Lotfibakhsh² and Mina Taherifard*³

Abstract

The aim of this study was to compare emotion regulation strategies, worry, meta-mood and cognitive failures in patients with GAD and healthy individuals. The statistical population included all male and female patients with GAD that was referred to psychiatric centers in the city of Ardabil. The study sample consisted of 47 patients with generalized anxiety disorder based on psychiatrist's diagnosis and 47 normal individuals based on clinical interview who were selected by convenience sampling. Data were collected by using the cognitive emotion regulation questionnaire-version short, Penn state worries questionnaire, treat meta-mood scale and cognitive failure's questionnaire. To analyze the data, MANOVA was used in SPSS software. The results showed that the average scores of the negative emotion regulation strategies, worry and cognitive failures in patients with GAD were significantly more than the normal individuals. The average scores of the positive emotion regulation strategies and meta-mood in patients with GAD were significantly lower than the healthy individuals. These findings suggest that emotion regulation strategies, worry, meta- mood and cognitive failures can be applicable in the pathology and prevention of generalized anxiety disorder.

Keywords: *Generalized anxiety disorder, emotion regulation strategies, meta mood, worry, cognitive failures*

1. Professor of Psychology, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. abolghasemi1344@guilan.ac.ir

2. Master of Psychology, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ardabil, Iran. lotfibakhsh.r@gmail.com

3. * Corresponding Author: Phd Student of Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. Taherifard70@yahoo.com

DOI: 10.22051/psy.2020.26678.1951

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

Abstracts

Psychological Studies
Research Article
Submit Date: 2020-03-23

Vol.16, No.2, Summer 2020
page: 109-124
Accept Date: 2020-09-08

**The Mediating Role of Boredom and Fear of Missing Out in the
Relationship between Depression Symptoms and Problematic
Cell-phone Use**

Salman Zarei¹

Abstract

The aim of current study was to investigate the mediating role of boredom and fear of missing out in the relationship between depression symptoms and problematic cell-phone use. The research design was descriptive-correlational. From the male adolescents' population in academic year of 2019-2020, a total of 276 high school students selected via multistage cluster sampling method and were examined by Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Multidimensional State Boredom Scale (MSBS), Cell-phone Over Use Scale (COUS), and Fear of Missing Out Scale (FOMOS). To analyze the collected data Pearson correlation coefficient and path analysis were conducted. The results of path analysis showed that direct effect of depression symptoms, direct effect of psychological boredom, and the direct effect of fear of missing out on problematic cell-phone use were significantly positive. Also, results showed that the mediating role of psychological boredom and fear of missing out in the relationship between depression symptoms and problematic cell-phone use was significant. Based on the findings, it can be concluded that depression, boredom and fear of missing out information and social events were important factors affecting adolescents' problematic cell-phone use. Therefore, it is suggested that specialists by reducing boredom and anxiety caused by fear of missing out through training and counseling interventions help adolescents to manage the symptoms of depression and problematic cell-phone use.

Keywords: *Boredom, cell-phone, depression, fear of missing out*

1. Assistant professor, Psychology department, Lorestan University, Khorramabad, Iran. Zarei.s@lu.ac.ir
DOI: 10.22051/psy.2020.30742.2189
<https://psychstudies.alzahra.ac.ir/>

**The Effect of Schema Therapy on Sexual Function and Relationship
Attributions among Women Damaged by Marital Infidelity**

Hossin Elhaei¹, Kobra Kazemian Moghadam*²

and Homayoon Haroon Rshidi³

Abstract

The purpose of this study was to determine the effect of schema therapy on sexual function and relationship attributions among women damaged by marital infidelity. This research method was quasi-experimental with pretest-posttest and control group. The study sample consisted of 30 women affected by their spouse's extramarital affairs that were randomly selected and randomly assigned to the two groups (15 women in the control group and 15 women in the experimental group). Training sessions were held in the first 6 months of 2019. The data were collected by the Sexual Function Index (Rosen, et al) and Relationship Attribution Measurement (Fincham & Bradbury). Then the experimental group took schema therapy, eight sessions of 90 minutes, weekly during, two months. The control group didn't get any treatment any train. Data were analyzed using ANCOVA and MANCOVA. The findings showed that schema therapy could significantly improve sexual function and relationship attributions. Based on the findings, it can be concluded that schema therapy can be considered as an effective intervention to improve communication skills and sexual function of women affected by extramarital affairs.

Keywords: Extramarital affairs, relationship attributions, schema therapy, sexual function.

1. M.A. Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran. hossein.elh2020@gmail.com

2. *Corresponding author: Assistant Professor Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran Email: K.kazemian@yahoo.com

3. Assistant Professor Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran. haroon_rashidi2003@yahoo.com

DOI: 10.22051/psy.2020.30676.2179

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

**Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment
Therapy and Solution-focused Therapy on Quality of Life and
Depression in Young Girls**

Zahra Zahedi¹, Ahmad Amani², Arman Azizi*³, Ghaffar Nasiri Hanis⁴,
Fatemeh Zarein⁵ and Narges Vizheh ravari⁶

Abstract

A mental disorder depression is one of the major causes of quality of life that can impair educational, family, and social functioning to the point of disability. The research aim was to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Solution-focused Therapy on Quality of Life and Depression in depressed young girls. This study was semi-experimental that used pretest and post-test design with a control group. The study population included all depressed girls that referred for treating depression in the year 2019 to counseling centers in Tehran. The sample included 40 depressed young girls, selected by available sampling method that were randomly assigned to three groups of Acceptance and Commitment Therapy; Solution-focused therapy and a control group. Data collected with a depression questionnaire and a quality of life questionnaire. Then

-
1. M A, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Hormozgan, Hormozgan, Iran. hh_kh64@yahoo.com
 2. Associate Professor, Counseling Department, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran. Ahmad_counsellor@yahoo.com
 3. *Corresponding Author: PhD, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Armanazizi2020@gmail.com
 4. PhD student, Department of Psychology, University of Khoramabad, Khoramabad, Iran. gh.nasiri.hanis@gmail.com
 5. MA in counseling, Department of Counseling, Azad University, research sciences, Yazd Unit, Iran. zareinfateme6@gmail.com
 6. M A, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azad University of Hormozgan, Hormozgan. nargesvizhehravary@gmail.com
- DOI: 10.22051/psy.2020.29120.2082
<https://psychstudies.alzahra.ac.ir/>

Acceptance and Commitment Therapy and Solution-focused Therapy for 9 sessions of 2 hours treated and the control group did not receive anything. Data were analyzed using multiple covariance analyses. Although the results showed that both treatments had a positive effect on depression and improved quality of life, but acceptance commitment therapy was more effective, and there is no significant difference between the two treatments in both variables. Therefore, acceptance and commitment therapy can be a treatment of choice to reduce depression and improve quality of life in depressed young girls.

Keywords: *Acceptance and commitment therapy, depression, quality of life, solution-focused therapy*

**The Effect of Autobiographical Memory Specificity Training on
Experiential Avoidance and Distress Tolerance in Imprisoned
Men Suffering from Major Depressive Disorder**

Reza Asgari ¹ and Shahnaz Khaleghipour*²

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of autobiographical memory specificity training on experiential avoidance and distress Tolerance in imprisoned men suffering from major depressive disorder. This is a semi experimental design with pretest and posttest with one-month follow-up and control group. Thirty participants were chosen by available sampling from the statistical population of the study which consisted of imprisoned men suffering from major depressive disorder during the first half of 2018. participants were randomly put into two groups, control (n=15) and experimental(n=15). The experimental group received autobiographical memory training in 7 sessions of 90 minutes. Acceptance and action questionnaire and distress tolerance scale were completed in stages of pre-test, post-test and follow up. Data were analyzed using Repeated measurements ANOVA. Results showed that there were significant differences in mean scores on experiential avoidance, distress tolerance and this effect was stable until the follow-up stage a month later. Result showed, it can be claimed that autobiographical memory specificity training has an effect on avoidance and distress tolerance in imprisoned men suffering from major depressive disorder.

Keywords: *Autobiographical memory, distress tolerance, experiential avoidance, major depressive disorder, penitentiary.*

1. MSC, Department of Psychology, Naen Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. rezaasgari137@gmail.com

2.* Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Naen Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. khaleghipour@naeniau.ac.ir

DOI: 10.22051/psy.2020.29069.2070

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