

## اثربخشی خانواده درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر خودتمایزیافتنگی و ناگویی خلقي نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان تنی

### The effectiveness of emotion-based group family therapy on self-differentiation and dyslexia in adolescent girls with psychosomatic disorders

Masoumeh Ghanavati

Ph.D. student in Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Reza Joharifard\*

Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

[rjoharifard@gmail.com](mailto:rjoharifard@gmail.com)

Parvin Ehteshamzadeh

Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

معصومه قنواتی

دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

رضا جوهري فرد (نويسنده مسئول)

استاديار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

پروين احتشام زاده

دانشيار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

#### Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of emotion-based group family therapy on self-differentiation and dyslexia in adolescent girls with psychosomatic disorders. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population in this research was all teenagers aged 14 to 18 who had the criteria of psychosomatic disorders in Ahvaz city and their parents in 2023, who had been referred to counseling and psychotherapy centers in Ahvaz city. Among them, 40 people, 20 people in the control group and 20 people in the experimental group were selected through the purposeful sampling method and were randomly divided into two groups. To collect data, the differentiation questionnaires of Skowron and Friedlander (DSI, 1998), Bagby et al.'s (TAS, 1994) ataxia, and emotion-based group family therapy protocol were used during 5 90-minute sessions. To analyze the data, the multivariate covariance test (MANCOVA) was used. The findings of the research showed that by controlling the effect of the pre-test, there was a significant difference at the level of 0.05 between the mean of the post-test of self-differentiation and aphasia in the two experimental and control groups. As a result, emotion-based group family therapy can be considered an effective intervention for adolescent girls with psychosomatic disorders.

**Keywords:** Emotion-Based group Family Therapy, Self-Differentiation, Psychosomatic Disorders, Dyslexia.

#### چكیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی خانواده درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر خودتمایزیافتنگی و ناگویی خلقي نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان تنی بود. روش پژوهش نيمه آزمایشي با طرح پيش آزمون - پس آزمون با گروه كنترل بود. جامعه آماري در اين پژوهش كليه نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال داراي ملاك های اختلالات روان تنی شهر اهواز و والدینشان در سال ۱۴۰۲ بود که به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر اهواز مراجعه کرده بودند که از بين آنان تعداد ۴۰ نفر، نفر در گروه گواه و نفر در گروه آزمایش از طريق روش نمونه گيری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفي در دو گروه قرار گرفتند. جهت جمع آوري داده ها از پرسشنامه های تمایزیافتنگی خود اسکوورون و فریدلندر (DSI، ۱۹۹۸)، ناگویی خلقي بگي و همكاران (TAS، ۱۹۹۴) و پروتکل خانواده درمانی گروهی مبتنی بر هیجان طی ۵ جلسه ۹۰ دقيقه ای استفاده شد. جهت تجزيه و تحليل داده ها از آزمون کوواريانس چند متغيري (مانکوا) استفاده شد. يافته های پژوهش نشان داد که با كنترل اثر پيش آزمون بين ميانگين پس آزمون خود تمایزیافتنگی و ناگویی خلقي در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداري در سطح ۰/۰۵ وجود داشت. در نتيجه، خانواده درمانی گروهی مبتنی بر هیجان می تواند به عنوان يك مداخله مؤثر برای نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان تنی مورد توجه قرار داده شود.

**واژه های کلیدی:** خانواده درمانی گروهی مبتنی بر هیجان، خودتمایزیافتنگی، اختلالات روان تنی، ناگویی خلقي.

ویرایش نهایی: آذر ۱۴۰۳

پذیرش: خرداد ۱۴۰۳

دريافت: اردیبهشت ۱۴۰۳

نوع مقاله: پژوهشی

## مقدمه

اختلال روان تنی یک وضعیت روانی است که شامل بروز علائم فیزیکی است که معمولاً توضیح پزشکی ندارد (جاهان و جین<sup>۱</sup>، ۲۰۲۳). افراد مبتلا به این بیماری ممکن است افکار، احساسات یا نگرانی‌های بیش از حد در مورد علائم داشته باشند که بر توانایی آن‌ها برای عملکرد مطلوب، تأثیر می‌گذارد (گابرگریت و کوکاشویچ<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲). اختلالات روان تنی طیف گستره‌ای از بیماری‌ها هستند که با شکایات جسمی در سیستم‌هایی همچون قلب و عروق، گوارش، پوست و تنفس خود را نشان می‌دهد (لی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). این وضعیت اختلال، عملکرد یا آسیب ساختاری در اندام‌های بدن از طریق فعل شدن نامناسب سیستم عصبی غیرارادی و غدد ترشح داخلی است؛ بنابراین، علامت روان تنی به عنوان یک نشانه فیزیولوژیکی، با یک حالت هیجانی عاطفی ظاهر می‌شود (هالتیگان<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). تحقیقات نشان می‌دهند که اغلب شکایات روان تنی از ۱۲ تا ۲۴ سالگی شروع می‌شوند. بهطورکلی نشانه‌های روان تنی با افزایش سن، افزایش می‌یابد و زنان بیشتر از مردان نشانه‌های روان تنی را تجربه می‌کنند. برخی گزارش‌ها نیز حاکی از افزایش شکایات روان تنی در بین جوانان و نوجوانان است (گوتزمون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۹) که این امر حاکی از اهمیت بررسی این سازه در سن نوجوانی برای کاهش آسیب‌های احتمالی است.

عامل مهمی که می‌تواند با اختلالات روان تنی همراه باشد، خودتمایزیافتگی<sup>۶</sup> است (سفیداری و همکاران، ۱۴۰۱). تمایزیافتگی به توانایی جداسازی فرآیندهای عاطفی از فرآیندهای عقلانی اشاره دارد و توانایی فرد برای تفکیک خود از دیگران در سطح شناختی و هیجانی است؛ یعنی با افزایش قدرت تمایز میان فرد و محیط، می‌توان روند بهبود بیماری روان تنی را تسريع کرد (پارک و سئو<sup>۷</sup>، ۲۰۲۳). تمایزیافتگی را در دو سطح می‌توان بررسی کرد. فرآیندی که در درون فرد رخ می‌دهد و فرآیندی که در روابط بین افراد به وقوع می‌پیوندد. در سطح درون‌فردی، تمایز نایافتگی یا هم‌آمیختگی، زمانی رخ می‌دهد که اشخاص احساسات خود را از تفکرشنان تفکیک نمی‌کنند و به جای آن در احساسات غرق می‌شوند. در سطح بین فردی، شخص تمایز نایافتگه تمایل دارد یا بهطور کامل جذب احساسات دیگران شود و با جو هیجانی محیط حرکت کند و یا بر عکس، علیه دیگران واکنش نشان دهد (فوربس<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). شواهدی وجود دارد که الگوهای خانواده منشأ، بهویژه الگوهای تنظیم فاصله، تأثیر قابل توجهی بر سطوح اضطراب، عملکرد اجتماعی و علائم روان تنی فرزندان دارد (گوردو<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹). از لحاظ نظری، سطح تمایز یک فرد دارای تعدادی پیامد مهم است. افرادی که تمایزیافتگی پایینی از سیستم هیجانی خانواده دارند، بیشتر درگیر مکانیسم‌های دفاعی هیجانی مثل واکنش‌پذیری هیجانی، گستاخی و هم‌جوشی و یا مثلى‌سازی با دیگران می‌شوند و درنتیجه فرد وابستگی بیشتری را در روابط خود با دیگران تجربه می‌کنند و در موقعیت‌های استرس‌زا نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی بیشتری نشان می‌دهند (کالاتراوا<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

همچنین از مفاهیم مرتبط با بیان هیجانات در مبتلایان به اختلال روان تنی، ناگویی خلقی<sup>۱۱</sup> می‌باشد (ناتالوسی<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). ناگویی خلقی یک ویژگی بالینی است که با مشکلات شناسایی، توصیف و انتقال احساسات خود؛ تمایز دادن آن‌ها از احساسات بدنی و غیرمرتبط با عاطفه؛ آگاهی عاطفی مربوط به علائم روان تنی و تخیل، رؤایپردازی و درون‌نگری مشخص می‌شود (پاناسیتی<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعات مشخص شده است که ۵ تا ۱۹ درصد افراد مبتلا به ناگویی خلقی هستند و افراد با ناگویی خلقی شدید در کنار آمدن با عوامل استرس‌زای روزانه، اختلال عملکرد بیشتری دارند (لایورس<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). وقتی اطلاعات هیجانی نتواند در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، فرد از نظر عاطفی و شناختی و هیجانی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود. این ناتوانی، سازمان عواطف و شناختهای فرد را مختل می‌سازد و منجر به ناگویی خلقی می‌شود (پانایوتو<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۸).

- 
1. Chauhan & Jain
  2. Gubergits & Lukashevich
  3. Li
  4. Halitigan
  5. Goetzmann
  6. Differentiation
  7. Park & Seo
  8. Forbes
  9. Gordeeva
  10. Calatrava
  11. Alexithymia
  12. Natalucci
  13. Panasiti
  14. Lyvers
  15. Panayiotou

نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که درمان‌های مبتنی بر مشارکت خانواده به صورت مطلوب‌تری توانایی مدیریت و کاهش مشکلات روانی و رفتاری کودکان و نوجوانان را دارند و به اعتقاد برخی درمان اختلالات کودکان و نوجوانان باید در متن خانواده صورت گیرد، زیرا همان‌گونه که خانواده در بروز و تداوم اختلال نقش دارد، فرد مبتلا نیز بر سیستم خانواده اثر می‌گذارد (Hansell<sup>1</sup> و همکاران، ۲۰۲۲، سرابندی و همکاران، ۱۴۰۱، رحمان‌نژاد و جعفری، ۱۴۰۱، گودرزی و همکاران، ۱۳۹۹).

خانواده‌درمانی نوعی درمان است که برای کمک به مسائلی طراحی شده است که به‌طور خاص بر سلامت روان و عملکرد خانواده‌ها تأثیر می‌گذارد. این می‌تواند با بهبود نحوه تعامل و ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر، خانواده‌درمانی می‌تواند باعث ایجاد تغییر در روابط نزدیک شود (لو<sup>2</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). اعتقاد اصلی و زیربنایی خانواده‌درمانی این است که مشکلات بشر بیش از این که درون فردی باشند، بین فردی هستند به همین دلیل برای حل این مشکلات باید از آن دسته رویکردهای مداخله‌ای بهره گرفت که روابط بین افراد را بهبود می‌بخشدند (آرنیو پیترسون<sup>3</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). از طرفی نیز یکی از مداخله‌های نوظهور بهمنظور کاهش اختلالات نوجوانان به صورت خانواده‌درمانی شکل گرفته که تأکید آن بر هیجان است که زوج‌درمانی مبتنی بر هیجان نام گرفته است. اصول بنیادی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان مبتنی بر تئوری‌های دل‌بستگی و پیوند است که هدف آن کمک به افراد برای دستیابی به آگاهی بیشتر از احساسات خود، ارائه راهبردهایی برای مقابله مؤثر، تنظیم و تغییر هیجانات خود است (جانسون<sup>4</sup>، ۲۰۱۹). این یک رویکرد کوتاه‌مدت مبتنی بر شواهد است که به درمان‌گر اجازه می‌دهد تا اهداف تعیین کند، فرآیندهای کلیدی را هدف قرار دهد و مقصودی را برای افراد ترسیم کند تا موانع عاطفی را که مانع ارتقای عملکرد سالم می‌شوند، شناسایی و حذف کند و رویکردهای جایگزینی از قبیل افزایش سطح توجه، همدلی و احساس دل‌بستگی و تعلق به یکدیگر را ارائه می‌کند (استاوریانوپولوس، ۲۰۱۹<sup>5</sup>). خانواده‌درمانی مبتنی بر هیجان قادر است با تنظیم حالات هیجانی نوجوانان، از میزان پریشانی هیجانی آن‌ها بکاهد. درواقع این رویکرد درمانی می‌تواند با تأکید بر مؤلفه‌های هیجانی و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، به افراد در تنظیم و مدیریت هیجانات خویش کمک نمایند (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۹). سفیداری و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش خود نشان دادند روش خانواده‌درمانی در درمان اضطراب مزمن و تمایزیافتگی بیماران روان‌تنی کمک‌کننده مؤثر است. همچنین مطالعه عسگری و همکاران (۱۴۰۱) بیانگر این مطلب بود که درمان هیجان مدار بر تمایزیافتگی و تنظیم هیجان زنان آسیبدیده از بی‌وفایی زناشویی اثرگذار است. و در آخر رحمان‌نژاد سرایی و جعفری (۱۴۰۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان هیجان مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان‌تنی مبتلایان به کووید-۱۰ مؤثر بوده است.

با توجه به بالا بودن شیوع اختلالات روان‌تنی در نوجوانان دختر و با توجه به بررسی پیشینه پژوهش و فقدان مطالعاتی در زمینه بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی و با توجه به اینکه در ایران خلاً پژوهشی در زمینه اثربخشی روش‌های روان‌درمانی بر اختلالات روان‌تنی احساس می‌شود و از طرفی با توجه به اینکه نوجوانان فوق با مشکلات زیادی در زمینه‌ی روابط خانوادگی و بین‌فردی روبرو هستند، ضروری است با انجام مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر خانواده این موضوع بررسی شود. نتایج احتمالی پژوهش در این زمینه می‌تواند به شناخت بیشتر در زمینه درمان این اختلالات و توسعه‌ی دانش در این زمینه منجر شود. در تحقیقات پیشین این نقص به عنوان یک کمبود و نارسایی وجود دارد. با توجه به مطالب بیان‌شده، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان‌تنی بود.

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون شامل کلیه نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال شهر اهواز و والدینشان در سال ۱۴۰۲ بود که به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر اهواز مراجعه کرده و دارای ملاک‌های اختلالات روان‌تنی بودند. از بین این جامعه آماری تعداد ۴۰ نفر از دختران نوجوان مبتلا به اختلالات روان‌تنی که تمايل به شرکت در این دوره درمانی داشتند به صورت نمونه‌گیری هدفمند، به عنوان نمونه انتخاب شدند، در ادامه با گمارش تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایش و

1. Hansell

2. Lu

3. Aarmio-Peterson

4. Johnson

5. Stavrianopoulos

۲۰ نفر در گروه گواه قرار گرفتند، ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان در این پژوهش: ۱) دختر بودن، ۲) تشخیص ابتلا به سه نوع اختلال روان تنی میگرن، اختلالات گوارشی و اختلالات قلی عروقی توسط پزشک که با استفاده از معابینات و آزمایش‌های انجام‌شده منشأ جسمانی شناخته‌شده‌ای برای آنها یافت نشده است و توسط روان‌پزشک تشخیص اختلال روان تنی بر آنها داده شده باشد، ۳) کسب نمره بیشتر از ۸۰ در پرسشنامه اختلالات روان تنی، کسب نمره بیشتر از ۴۵ در پرسشنامه ناگویی خلقی و کسب نمره کمتر از ۱۱۰ در پرسشنامه تمایزیافتگی، ۴) تمایل فرد به شرکت در پژوهش، ۵) رضایت شرکت‌کننده و خانواده، ۶) نداشتن مشکل جسمانی و روانی شدید بر اساس خوداظهاری فرد، ۷) عدم مصرف داروی روان‌پزشکی در یک سال اخیر بر اساس خوداظهاری فرد بود و ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان: ۱) غبیت بیش از دو جلسه، ۲) عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، ۳) شرکت هم‌مان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر و ۴) همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انجام هماهنگی لازم با دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و مراکز مشاوره ایده، آرامیس و آرامشکده در شهر اهواز، پرونده نوجوانان دارای اختلال روان تنی مراجعت کننده به این مراکز در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و با تماس تلفنی، مصاحبه اولیه‌ای با هریک از نوجوانان متقاضی به عمل آمده و پس از جایگزینی در گروه‌ها، شرکت‌کنندگان پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه پژوهش به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آرمایشی آموزش خانواده‌درمانی مبتنی پرهیجان را در ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی با توالی هر هفته یک جلسه دریافت کردند. اما شرکت‌کنندگان گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. لازم به ذکر است که گروه نمونه در پژوهش حاضر فقط دختران نوجوان بودند و ارزیابی خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی فقط در دختران انجام گرفت، اما والدین نیز در برخی جلسات دختران را همراهی می‌کردند. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند، ۲- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی شرکت‌کننده‌ها محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند، ۳- پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل شرکت‌کننده‌ها برای آنها تفسیر کند، ۴- در صورت مشاهده‌ی هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به شرکت‌کننده‌ها ارائه شد، ۵- مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان به دنبال نداشت، ۶- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کننده و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. درنهایت برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره که توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفت، استفاده شد.

### ابزار سنجش

**پرسشنامه تمایزیافتگی خود<sup>۱</sup> (DSI):** این پرسشنامه توسط اسکورون و فریدلندر<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) برای اندازه‌گیری تمایزیافتگی ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۴۵ گویه است که با مقیاس لیکرت در یک طیف شش گزینه‌ای از «به‌هیچ‌وجه درباره من درست نیست» تا «کاملاً درباره من درست است» درجه‌بندی شده و دارای چهار خرده‌مقیاس واکنش‌پذیری هیجانی، جایگاه من، برش هیجانی و هم‌آمیختگی با دیگران است. پرسشنامه دارای سؤالات معکوس است. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده سطح تمایز بالاتر است. پایابی بازآزمایی پرسشنامه توسط تدوین‌کنندگان با فاصله یک هفته بین ۷۲/۰ تا ۸۵/۰ گزارش شد. روایی ملاکی هم‌zman پرسشنامه با استفاده از رابطه آن با افسردگی، اضطراب حالت، اضطراب صفت، استرس و عزت‌نفس بررسی شد که همبستگی بین آن‌ها از ۰/۴۰ تا ۰/۸۰ متغیر بود که نشان از روایی مطلوب پرسشنامه دارد (اسکورون و فریدلندر، ۱۹۹۸). ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران، توسط فخاری و همکاران (۱۳۹۳) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که چهار عامل پیشنهادی سازنده مقیاس در فرهنگ ایرانی احراز می‌شوند. در خصوص پایابی، ضرایب الگای کرونباخ برای عامل جایگاه من، ۰/۶۷ عامل واکنش‌پذیری هیجانی، ۰/۴۸ عامل هم‌آمیختگی با دیگران ۰/۷۶ و عامل برش هیجانی ۰/۷۳ گزارش شد و روایی ملاکی هم‌zman پرسشنامه با استفاده از رابطه آن با افسردگی، اضطراب و استرس از ۰/۵۰ تا ۰/۷۵ برآورد شد و ضریب الگای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ می‌باشد. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل مقیاس برابر ۰/۷۷ بود.

**مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS)<sup>۳</sup>:** مقیاس ناگویی خلقی تورنتو توسط بگبی<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۴) طراحی شده است. این آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را شامل می‌شود. روش نمره‌گذاری پرسشنامه به شیوه لیکرت است به پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱ و به پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ تعلق می‌گیرد. هر چه افراد

1. Differentiation of Self Inventory

2. Skowron And Friedlande

3. Toronto Alexithymia Scale

4. Bagby

نمراشان در این خرده‌مقیاس‌ها بیشتر باشد، نشان‌دهنده مشکل بیشتر در زمینه بیان و تشخیص احساسات می‌باشد. ویژگی‌های روان‌سنجدی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های متعدد خارجی توسط تیلور<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۰) بررسی و تأیید شده است. در پژوهش تیلور و همکاران (۲۰۰۰) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۴ و همسانی درونی زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۳، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ گزارش شده است (به نقل از تهمتن و همکاران، ۱۴۰۰). تیلور و همکاران (۲۰۰۰) همچنین روایی سازه‌ی مقیاس ناگویی هیجانی را بر اساس تحلیل عاملی بررسی نمودند که سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی شناسایی شدند و همبستگی تمامی سوالات، باهم ۰/۶۷ و معنادار بود. در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۰/۸۵ و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی بر حسب همبستگی بین نمره این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی بهزیستی روان‌شناختی و درمان‌گری روان‌شناختی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۸ و ۰/۴۴ گزارش شده است (بشارت، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس ناگویی هیجانی به روایی آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

**خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان:** جهت مداخله آموزشی خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان از پکیج درمانی گودرزی و همکاران (۱۳۹۹) استفاده گردید که شامل ۵ جلسه آموزشی دو ساعته است. خلاصه جلسات آموزشی این پروتکل در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه‌ی برنامه‌ی آموزشی خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۹)

| جلسات                        | محتوای جلسات   |
|------------------------------|--|
| جلسه اول (والدین)            | توضیح مفاهیم دلبرستگی به والدین، شناسایی سازمان‌دهی وابستگی‌های مرافت از کودک و پیوستگی والد در میان گذاشتن حالت انفعال و اثرات آن.  |
| جلسه دوم (والدین / نوجوان)   | انجام شوخی و تمرين‌های بدون تهدید، برای ایجاد امنیت و اعتماد، کار کردن بر روی ساخت هویتی هر خانواده، تمرين تمرين‌هایی با تمرکز بر روی هویت.  |
| جلسه سوم (والدین / نوجوان)   | تمرکز بر نیرو محرکه که گفتگوی اهریمنی نام دارد، مفاهیم کلیدی در گفتگوی اهریمنی، عادی‌سازی پویایی‌های دلبرستگی، ایفای نقش (۴ بزرگسال و ۲ نوجوان) در مورد مفاهیم کلیدی تفکرات، رفتارها و احساسات واکنش‌پذیر و احساسات و نیازهای آسیب‌پذیرتر. |
| جلسه چهارم (والدین / نوجوان) | جداسازی نوجوان و والدین/ گروه‌های والدین، بیان اهمیت چگونگی در میان گذاشتن موارد با همسالان، برگزاری جلسه با نوجوان، برگزاری جلسه با والدین  |
| جلسه پنجم (والدین / نوجوان)  | محور گفت‌و‌گو "محکم در آغوش بگیر"، سبک خانوادگی اعتمادسازی دوباره نوجوان به والدین، بیان مفاهیم محکم در آغوش بگیر از دیدگاه نوجوان، صحبت از نالمیدی‌های دردناک نوجوان، گوش دادن با آغوش باز والدین.  |

## یافته‌ها

در پژوهش حاضر گروه نمونه شرکت‌کننده در طرح پژوهش ۴۰ نفر بودند که در گروه آزمایش، ۲۰ نفر با میانگین سنی  $16/60 \pm 1/04$  و در گروه گواه، ۲۰ نفر با میانگین سنی  $16/73 \pm 1/55$  و نشان‌دهنده این مطلب است که این دو گروه باهم از نظر متغیر سن همگن هستند. میانگین سنی والدین گروه آزمایش  $39/46 \pm 2/71$  و در گروه گواه  $37/16 \pm 1/93$  بود. افراد نمونه پژوهش همگی دختر بودند. جدول شماره ۲ آمار توصیفی متغیر ناگویی خلقی و خودتمایزی‌یافتنگی را نشان می‌دهد.

اثربخشی خانواده درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر خودتمایزیافتنگی و ناگویی خلقی نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان تنی  
The effectiveness of emotion-based group family therapy on self-differentiation and dyslexia in adolescent girls with ...

جدول ۲. شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش

| کالموگروف - اسمرینوف |       | پس آزمون     |         | پیش آزمون    |         | گروه   | متغیر           |
|----------------------|-------|--------------|---------|--------------|---------|--------|-----------------|
| انحراف معیار         | آماره | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین |        |                 |
| ۰/۰۷۸                | ۰/۱۴۷ | ۹/۳۲         | ۳۰/۵۵   | ۱۴/۷۳        | ۴۵/۴۰   | آزمایش | ناگویی خلقی     |
| ۰/۰۷۲                | ۰/۱۳۲ | ۱۰/۰         | ۴۴/۰۱   | ۱۳/۶۲        | ۴۵/۷۵   | گواه   |                 |
| ۰/۰۵۹                | ۰/۱۱۱ | ۳/۱۳         | ۱۶۶/۷۵  | ۳۵/۵۳        | ۱۲۵/۵۵  | آزمایش | خودتمایزیافتنگی |
| ۰/۰۶۱                | ۰/۱۱۹ | ۴/۰          | ۱۲۷/۲۰  | ۳۶/۷۰        | ۱۲۶/۱۰  | گواه   |                 |

همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، متغیرهای ناگویی خلقی و خودتمایزیافتنگی برای دو گروه کنترل و خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، در گروه کنترل میانگین متغیر ناگویی خلقی و خودتمایزیافتنگی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه آزمایش کاهش قابل توجه ناگویی خلقی و افزایش خودتمایزیافتنگی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون مشاهده می‌شود.

با توجه به جدول یک مشاهده می‌شود که آماره کالموگروف - اسمرینوف برای خردمندی‌مقیاس‌های دارای سطوح معناداری بالاتر از مقدار مفروض ( $0/05$ ) هستند که نشان می‌دهد از مفروضه طبیعی و نرمال بودن داده‌ها در گروه‌ها تخطی نشده است. همچنین یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر خودتمایزیافتنگی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش و متغیر ناگویی خلقی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش یافته است. نتیجه بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس به این شرح بود در ابتدا جهت بررسی وجود داده پرت از باکس پلات استفاده شد که داده پرتی مشاهده نگردید ملاحظه شد سطح معنی‌داری تعامل گروه تحقیق پیش‌آزمون ناگویی خلقی برابر  $0/247$  و بیشتر از  $0/05$  می‌باشد که پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت می‌شود. همچنین ملاحظه شد سطح معنی‌داری تعامل گروه تحقیق\*پیش‌آزمون خودتمایزیافتنگی برابر  $0/316$  و بیشتر از  $0/05$  می‌باشد. درنتیجه پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت می‌شود. آزمون Mbox نشان داد ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف برابرند. چون مقدار  $F(1/802)$  در سطح خطای داده شده ( $0/148$ ) معنی‌دار نیست، آزمون لون نشان داد، داده‌ها به لحظه واریانس همگن هستند. برای متغیر ناگویی خلقی چون مقدار  $(2/802)$  از سطح خطای داده شده ( $0/78$ ) بزرگ‌تر است، لذا این پیش‌فرض برای متغیر ناگویی خلقی رعایت شده است. همچنین برای متغیر خودتمایزیافتنگی چون مقدار  $F(1/433)$  از سطح خطای داده شده ( $0/66$ ) بزرگ‌تر است، لذا این پیش‌فرض برای متغیر خودتمایزیافتنگی رعایت شده است. بنابراین از آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکر، اثر هلتینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی جهت اعتبار تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی متغیرها در دو گروه کنترل و آزمایش

| اثر                | ارزش      | F          | سطح معناداری  | مربع اثای جزئی | توان آزمون |
|--------------------|-----------|------------|---------------|----------------|------------|
| اثر پیلایی         | $0/99$    | $2013/762$ | $P \leq 0/01$ | $0/89$         | ۱          |
| لامبدای ویلکر      | $0/005$   | $2013/762$ | $P \leq 0/01$ | $0/89$         | ۱          |
| اثر هلتینگ         | $191/787$ | $2013/762$ | $P \leq 0/01$ | $0/89$         | ۱          |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | $191/787$ | $2013/762$ | $P \leq 0/01$ | $0/89$         | ۱          |

خودتمایزیافتنگی و ناگویی خلقی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان تنی اثربخش است. همچنین جدول فوق نشان می‌دهد حداقل در یک از متغیرهای مورد مطالعه بین دو گروه تفاوت معنادار است و تفاوت مشاهده شده در متغیرهای مورد مطالعه ناشی از تأثیر آموزش خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان‌تنی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون

| منابع تغییرات            | مجموع مربع‌ها | درجه آزادی | میانگین مجازورها | F آماره | Sig    | ضریب اتا | توان آزمون |
|--------------------------|---------------|------------|------------------|---------|--------|----------|------------|
| پیش آزمون ناگویی خلقی    | ۴۴۱/۶۷۹       | ۱          | ۴۴۱/۶۷۹          | ۸/۰۷۸   | .۰/۰۱۰ | .۰/۲۸۸   | ۱          |
| گروه                     | ۳۷۸/۲۴۲       | ۱          | ۳۷۸/۲۴۲          | ۶/۹۱۴   | .۰/۰۱۶ | .۰/۲۵۷   | ۱          |
| خطا                      | ۱۰۹۴/۰۵۶      | ۳۶         | ۳۰/۳۹۰           |         |        |          |            |
| جمع کل                   | ۷۳۲۹۳/۰۰۰     | ۴۰         |                  |         |        |          |            |
| پیش آزمون خودتمایزیافتگی | ۱۵۳/۰۶۵       | ۱          | ۱۵۳/۰۶۵          | ۱۰۸/۵۸۶ | .۰/۰۰۰ | .۰/۸۳۸   | ۱          |
| گروه                     | ۲۱/۱۰۳        | ۱          | ۲۱/۱۰۳           | ۱۴/۹۷۱  | .۰/۰۰۱ | .۰/۴۱۶   | ۱          |
| خطا                      | ۲۹/۶۰۲        | ۳۶         | ۰/۸۲۲            |         |        |          |            |
| جمع کل                   | ۱۰۰۲۴/۰۰۰     | ۴۰         |                  |         |        |          |            |

با توجه به مقادیر جدول فوق می‌توان استنباط کرد بین دو گروه مورد مطالعه از نظر هر یک از مؤلفه‌های مورد بررسی تفاوت معنادار وجود دارد چراکه مقادیر F محاسبه شده در سطح  $p < 0.05$  معنی دارند و با توجه به میانگین‌های برآورده شده این معنی‌داری به نفع گروه آزمایش بوده است و لذا خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان‌درمانی بر خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان‌تنی اثربخش بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان‌تنی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر خودتمایزیافتگی خلقی نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان‌تنی اثربخش است و موجب افزایش آن می‌شود. این یافته با پژوهش چانگ<sup>1</sup> (۲۰۲۰)، سفیداری و همکاران (۱۴۰۱) و عسگری و همکاران (۱۴۰۱) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت جانسون (۱۹۹۹) معتقد است هویت در روابط مرتبط با دلبستگی شکل می‌گیرد و سبک‌های دلبستگی، نقش مهمی بر نگرش فرد نسبت به خود و روابط با دیگران ایفا می‌کند. خانواده‌درمانی با مداخله روی دلبستگی در چند مرحله شامل کاهش چرخه‌های منفی، بازسازی تعاملات منفی و ترکیب و یکپارچه‌سازی بر هویت تأثیر می‌گذارد و به صورت غیرمستقیم روی بهبود وضعیت هویتی افراد کار می‌کند. با توجه به نقش هویت در موقعیت من، تکیه‌ای این رویکرد درمانی بر ساخت هویت می‌تواند در تحکیم و تقویت موقعیت من نیز مؤثر باشد. در دوره‌ی پرتنش نوجوانی، فرد تمایل به عقبنشینی عاطفی و خروج از رابطه یعنی گسلش عاطفی دارد. با توجه به اینکه یکی از مؤلفه‌های اساسی در رویکردهای مبتنی بر هیجان، توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران (مهارت‌های هیجانی) است، مدل خانواده‌درمانی مبتنی بر هیجان باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت ناشی از پیوند با نگاره دلبستگی در نوجوان دختر دارای اختلال روان‌تنی می‌شود و جدایی هیجانی را که مخل روابط است را کاهش می‌دهد و احساسی منسجم پیرامون خود ایجاد می‌کند (عسگری و همکاران، ۱۴۰۱).

یافته‌های پژوهش نشان داد خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر ناگویی خلقی نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان‌تنی اثربخش است و موجب کاهش آن می‌شود. این یافته با پژوهش رحمن نژاد سرابی و جعفری (۱۴۰۱) همسو بود. در تبیین اثربخشی خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر ناگویی خلقی می‌توان گفت افراد دارای ناگویی هیجانی، هیجان‌های خود را تهدیدکننده تفسیر کرده و از راهبردهای اجتنابی و ناسازگار استفاده می‌کنند (تائگ<sup>2</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در فرآیند تنظیم هیجان مراجعت یاد می‌گیرند، هیجان‌های خود را بیان کنند، آنها را پیدا نمود و احساسات مربوط به آنها را تجربه کنند. هیجان‌ها دارای توانایی درونی انطباقی هستند و

اثربخشی خانواده درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر خودتمایزیافتنگی و ناگویی خلقی نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان تنی  
The effectiveness of emotion-based group family therapy on self-differentiation and dyslexia in adolescent girls with ...

چنانچه فعال شوند، به مراجعان کمک می‌کنند تا وضعیت هیجانی مشکلشان را تغییر دهند (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۲۰). خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر روی نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان تنی و والدینشان موجب شد که وضعیت هیجانی خود را نسبت مشکلشان تغییر دهند و به شیوه‌های کارآمدتر با هیجان‌های منفی مرتبط با تعارضات خانوادگی شوند. همچنین، چون هیجان‌های انسان خاصیت سازگاری ذاتی دارند زمانی که هیجان‌ها در درمان مبتنی بر هیجان فعال می‌شوند، به دختران کمک می‌کنند حالات هیجانی مشکل‌ساز و یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند. تنظیم هیجان روی الگوهای آسیب‌پذیری روانی تأثیر می‌گذارد و افرادی که قادر به مدیریت پاسخ‌های هیجانی خود در برابر حوادث روزمره نیستند، دوره‌های طولانی و سختی از اختلال‌های روانی-جسمانی را تجربه می‌کنند. تفکیک و یکپارچه‌سازی حالات هیجانی یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های بهبود اختلالات روان تنی است (واندرهارت و ریدبرگ، ۲۰۲۰). همچنین در پردازش هیجان‌ها، آگاهی از وجود انسداد هیجانی و بررسی منشأ آن و عوامل تداوم‌بخش، موجب غلبه بر انسداد هیجانی و رهاسازی هیجان‌های سرکوب‌شده می‌شود و ناگویی هیجانی را کاهش می‌دهد (ناتس دا سیلوا، ۲۰۲۱).

درمجموع می‌توان گفت از آنجایی که خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان با ایجاد نگاهی منطقی و غیرهیجانی به زندگی می‌تواند به افراد کمک کند تا مشکلات کنار بیایند و به حل مشکلات بپردازند و با اطلاعات و آگاهی منطقی برای کسب موقعیت فردی تلاش بیشتری کنند که تلاش بیشتر منجر به کسب موقعیت بیشتری نسبت به دیگران می‌شود. این افزایش و موقعیت باعث کاهش علائم ناگویی خلقی می‌شود. خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان قادرند با تنظیم حالات هیجانی نوجوانان، از میزان پریشانی هیجانی آن‌ها بکاهد. درواقع این رویکرد درمانی می‌تواند با تأکید بر مؤلفه‌های هیجانی و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، به افراد در تنظیم و مدیریت هیجانات خویش کمک نمایند. تحمل پریشانی هیجانی به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان‌شناختی منفی تعریف می‌شود. نتایج این پژوهش حاکی از اثر داشتن خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر کاهش ناگویی خلقی و افزایش خودتمایزیافتنگی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان تنی بود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و هدفمند در انتخاب نوجوانان دختر دارای اختلالات روان تنی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز در سال ۱۴۰۰ اشاره داشت. داده‌های پژوهش از راه نظرسنجی و پرسشنامه خودگزارشی حاصل شده‌اند و احتمال دارد با داده‌هایی که از طریق مشاهده بالینی حاصل می‌شوند متفاوت باشند. عدم امکان کنترل متغیرهای اجتماعی و فرهنگی در بروز اختلالات روان تنی یکی دیگر از محدودیت‌ها بود. عدم دوره پیگیری نیز یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در آینده این پژوهش با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی بر روی اختلالات روان تنی مختلف نیز انجام گردد. برای بررسی پایداری این درمان، پیشنهاد می‌شود دوره پیگیری انجام گیرد. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند یاریگر مختصان در امر پیشگیری، درمان و طراحی مداخلاتی باشند که علاوه بر جنبه‌های جسمی بر جنبه‌های روانی بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی با تأکید بر نقش خانواده باشد.

## منابع

- تهمتن، ع.، کلهرنیا گلکار، م.، و حاجی علیزاده، ک. (۱۴۰۰). بررسی مدل ساختاری رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و سبک‌های دفاعی با کیفیت زندگی و با میانجی‌گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا. علوم روان‌شناختی، ۲۰(۱۰۸)، ۲۳۰۶-۲۲۸۵.
- <https://psychologicalscience.ir/article-1-1122-fa.html>
- رحمن نژاد سرابی، م.، و جعفری، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی و شکایات روان-تنی مبتلایان به کووید-۱۹ تحت درمان خانگی. مطالعات روان‌شناختی، ۱۱(۴)، ۷۱-۸۳.
- [https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article\\_6856.html](https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_6856.html)
- سرابندی، م.، محمدی فر، م.، و ستوده اصل، ن. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرح‌وارددرمانی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر خودتمایزیافتنگی زوج‌های جوان. نشریه روان‌پرستاری، ۱۰(۲)، ۶۰-۴۸.
- <https://ijpn.ir/article-1-1987-fa.html>
- سفیداری، ل.، محمدزاده ابراهیمی، ع.، همت افزای، پ. (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده درمانی سیستمی بوئن بر اضطراب مزمن و تمایزیافتنگی در مبتلایان به اختلالات روان تنی. مجله علوم روان‌شناختی، ۲۱(۱۱۵)، ۷۵-۱۳۹۰.
- <http://psychologicalscience.ir/article-1-1709-fa.html>

عسگری، ا. عزیزی ضیابری، ل.، اسدی، ج.، و حسینانی، ع. (۱۴۰۱). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر تمایزیافتگی و تنظیم هیجان زنان آسیب دیده از بی و فایی زناشویی. رویش روان شناسی، ۱۱(۵)، ۵۸-۵۹.

فخاری، ن، لطیفیان، م.، و اعتماد، ج. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی های روان سنجی فرم کوتاه پرسشنامه تمایزیافتگی خود در دانشجویان ایرانی. اندیزه گیری تربیتی، ۱۵(۵)، ۵۷-۳۵.

گودرزی، س، غلامعلی لواسانی، م.، و امیری مجد، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی برنامه خانواده درمانی های مبتنی بر دلیستگی و هیجان بر افسردگی نوجوانان تیزهوش. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۳(۱)، ۲۲۴۸-۲۲۳۸.

[https://mjms.mums.ac.ir/article\\_17647.html](https://mjms.mums.ac.ir/article_17647.html)

Aarnio-Peterson, C. M., Mara, C. A., Modi, A. C., Matthews, A., Le Grange, D., & Shaffer, A. (2023). Augmenting family based treatment with emotion coaching for adolescents with anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa: Trial design and methodological report. *Contemporary clinical trials communications*, 33, 101118. <https://doi.org/10.1016/j.contc.2023.101118>

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)

Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101, 209- 220. <https://doi.org/10.2466/pr.101.1.209-220>

Calatrava, M., Martins, M. V., Schweer -Collins, M., Duch -Ceballos, C., & Rodríguez -González, M. (2022). Differentiation of self: A scoping review of Bowen Family Systems Theory's core construct. *Clinical psychology review*, 91, 102101. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102101>

Chang, S. F. (2020). Infidelity among Chinese Married Couples: An Emotionally Focused Therapy (EFT) Approach to Treatment. *Learning and Motivation*, 71, 148-163. <http://a.xueshu.baidu.com/usercenter/paper/show?paperid=1a250vd0707m0c00dn4u0ga04t071581>

Chauhan, A., & Jain, C. K. (2023). Psychosomatic Disorder: The Current Implications and Challenges. *Cardiovascular & hematological agents in medicinal chemistry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.2174/0118715257265832231009072953>

Forbes, O., Schwenn, P. E., Wu, P. P., Santos-Fernandez, E., Xie, H. B., Lagopoulos, J., McLoughlin, L. T., Sacks, D. D., Mengersen, K., & Hermens, D. F. (2022). EEG-based clusters differentiate psychological distress, sleep quality and cognitive function in adolescents. *Biological psychology*, 173, 108403. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2022.108403>

Goetzmann, L., Siegel, A., & Ruettner, B. (2019). The connectivity/conversion paradigm-A new approach to the classification of psychosomatic disorders. *New Ideas in Psychology*, 52, 26-33. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2018.08.001>

Gordeeva, O. (2019). TGF $\beta$  family signaling pathways in pluripotent and teratocarcinoma stem cells' fate decisions: Balancing between self-renewal, differentiation, and cancer. *Cells*, 8(12), 1500. <https://doi.org/10.3390/cells8121500>

Greenberg, I., & Watson, J. (2020). *Emotion focused therapy for depression*. Washington: American Psychological Association.

Gubergrits, N., & Lukashevich, G. (2022). Psychosomatic disorders in chronic pancreatitis. *Pancreatology*, 22, e18-e19. <https://doi.org/10.1016/j.pan.2022.06.053>

Haltigan, J. D., Pringsheim, T. M., & Rajkumar, G. (2023). Social media as an incubator of personality and behavioral psychopathology: Symptom and disorder authenticity or psychosomatic social contagion?. *Comprehensive psychiatry*, 121, 152362. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2022.152362>

Hansell, N. K., Strike, L. T., de Zubicaray, G. I., Thompson, P. M., McMahon, K. L., & Wright, M. J. (2022). Persistence of Anxiety/Depression Symptoms in Early Adolescence: A Prospective Study of Daily Life Stress, Rumination, and Daytime Sleepiness in a Genetically Informative Cohort. *Twin Research and Human Genetics*, 25(3), 115-128. <https://doi.org/10.1017/thg.2022.26>

Johnson, S. M. (2019). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. UK: Routledge.

Li, L., Zhang, Y., Feng, S., Cao, Y., Li, H., Li, X., Ji, Y., Sun, H., Mao, X., Zhou, B., Ni, A., Zhang, J., Zhao, Z., Li, X., Wei, X., Wu, A., & Yuan, Y. (2023). Reliability and validity of the brief psychosomatic symptom scale (BPSS) in patients from general hospitals. *General hospital psychiatry*, 83, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.03.014>

Lu, H., Huang, Z., Zhang, L., Huang, X., & Li, X. (2023). Influence of on emotions and behavior of adolescents with major depressive disorder. *Helijon*, 9(5), e15890. <https://doi.org/10.1016/j.helijon.2023.e15890>

Lyvers, M., Holloway, N., Needham, K., & Thorberg, F. A. (2020). Resilience, alexithymia, and university stress in relation to anxiety and problematic alcohol use among female university students. *Australian journal of psychology*, 72(1), 59-67. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12258>

Natalucci, G., Faedda, N., Calderoni, D., Cerutti, R., Verdecchia, P., & Guidetti, V. (2018). Headache and Alexithymia in Children and Adolescents: What Is the Connection?. *Frontiers in Psychology*, 9, 48. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00048>

Nunes da Silva, A. (2021). Developing Emotional Skills and the Therapeutic Alliance in Clients with Alexithymia: Intervention Guidelines. *Psychopathology*, 54(6), 282-290. <https://doi.org/10.1159/000519786>

Panasiti, M. S., Ponsi, G., & Violani, C. (2020). Emotions, Alexithymia, and Emotion Regulation in Patients With Psoriasis. *Frontiers in psychology*, 11, 836. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00836>

اثربخشی خانواده درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان تنی

The effectiveness of emotion-based group family therapy on self-differentiation and dyslexia in adolescent girls with ...

- Panayiotou, G. (2018). Alexithymia as a Core Trait in Psychosomatic and Other Psychological Disorders. *Somatoform and Other Psychosomatic Disorders*, 89-106. [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-89360-0\\_5](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-89360-0_5)
- Park, G. R., & Seo, B. K. (2023). Multidimensional housing insecurity and psychological health: how do gender and initial psychological health differentiate the association?. *Public health*, 214, 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.11.014>
- Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1998). The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. *Journal of counseling psychology*, 45(3), 235-246. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.235>
- Stavrianopoulos, K. (2019). *Emotionally Focused Family Therapy: Rebuilding Family Bonds*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.84320>
- Tang, W., Hu, T., Yang, L., & Xu, J. (2020). The role of alexithymia in the mental health problems of home-quarantined university students during the COVID-19 pandemic in China. *Personality and Individual Differences*. 165, 110131. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110131>
- Van der hart, O., & Rydberg, J. A. (2019). Vehement emotions and trauma-generated dissociation: A janetian perspective on integrative failure. *Trauma & Dissociation*, 3, 191-201. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.06.003>