رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۹، شماره پیاپی ۱۰۲، آذر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(9), 2024

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

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

معصومه قنواتی
دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
رضا جوهری فرد (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
پروین احتشام زاده
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

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

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی خانواده درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر خودتمایزیافتگی و ناگویی خلقی نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان‌تنی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال دارای ملاک‌های اختلالات روان‌تنی شهر اهواز و والدینشان در سال ۱۴۰۲ بود که به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر اهواز مراجعه کرده بودند که از بین آنان تعداد ۴۰ نفر، ۲۰ نفر در گروه گواه و ۲۰ نفر در گروه آزمایش از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تمایزیافتگی خود اسکوورون و فریدلندر (DSI، ۱۹۹۸)، ناگویی خلقی بگبی و همکاران (TAS، ۱۹۹۴) و پروتکل خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان طی ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای استفاده شد. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس‌آزمون خود تمایزیافتگی و ناگویی خلقی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود داشت. درنتیجه، خانواده درمانی گروهی مبتنی بر هیجان می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر برای نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان‌تنی مورد توجه قرار داده شود.

واژه‌های کلیدی: *خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان، خودتمایزیافتگی، اختلالات روان‌تنی، ناگویی خلقی.*

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.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۳** | **پذیرش: خرداد ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: آذر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

مقدمه

اختلال روان‌تنی یک وضعیت روانی است که شامل بروز علائم فیزیکی است که معمولاً توضیح پزشکی ندارد (جاهان و جین[۱]، ۲۰۲۳). افراد مبتلا به این بیماری ممکن است افکار، احساسات یا نگرانی‌های بیش‌ازحد در مورد علائم داشته باشند که بر توانایی آن‌ها برای عملکرد مطلوب، تأثیر می‌گذارد (گابرگریت و کوکاشویچ[۲]، ۲۰۲۲). اختلالات روان‌تنی طیف گسترده‌ای از بیماری‌ها هستند که با شکایات جسمی در سیستم‌هایی همچون قلب و عروق، گوارش، پوست و تنفس خود را نشان می‌دهد (لی[۳] و همکاران، ۲۰۲۳). این وضعیت اختلال، عملکرد یا آسیب ساختاری در اندام‌های بدن از طریق فعال شدن نامناسب سیستم عصبی غیرارادی و غدد ترشح داخلی است؛ بنابراین، علامت روان‌تنی به‌عنوان یک نشانه فیزیولوژیکی، با یک حالت هیجانی عاطفی ظاهر می‌شود (هالتیگان[۴] و همکاران، ۲۰۲۳). تحقیقات نشان می‌دهند که اغلب شکایات روان‌تنی از ۱۲ تا ۲۴ سالگی شروع می‌شوند. به‌طورکلی نشانه‌های روان‌تنی با افزایش سن، افزایش می‌یابد و زنان بیشتر از مردان نشانه‌های روان‌تنی را تجربه می‌کنند. برخی گزارش‌ها نیز حاکی از افزایش شکایات روان‌تنی در بین جوانان و نوجوانان است (گوتزمن[۵] 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 روان‌تنی همراه باشد، خودتمایزیافتگی[۶] 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 روان‌تنی را تسریع کرد (پارک و سئو[۷]، 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 تفکرشان تفکیک نمی‌کنند و به‌جای آن در احساسات غرق می‌شوند. در سطح بین فردی، شخص تمایز نایافته تمایل دارد یا به‌طور کامل جذب احساسات دیگران شود و با جو هیجانی محیط حرکت کند و یا برعکس، علیه دیگران واکنش نشان دهد (فوربس[۸] و همکاران، ۲۰۲۲). شواهدی وجود دارد که الگوهای خانواده منشأ، به‌ویژه الگوهای تنظیم فاصله، تأثیر قابل‌توجهی بر سطوح اضطراب، عملکرد اجتماعی و علائم روان‌تنی فرزندان دارد (گوردوآ[۹]، 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، گسستگی عاطفی و هم‌جوشی و یا مثلث‌سازی 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[۱۰] و همکاران، ۲۰۲۲).

همچنین از مفاهیم مرتبط با بیان هیجانات در مبتلایان به اختلال روان‌تنی، ناگویی خلقی[۱۱] می‌باشد (ناتالوسی[۱۲] 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 روان‌تنی و تخیل، رؤیاپردازی و درون‌نگری مشخص می‌شود (پاناسیتی[۱۳] 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[۱۴] 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[۱۵]، ۲۰۱۸).

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

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 (هانسل[1] و همکاران، ۲۰۲۲، سرابندی و همکاران، ۱۴۰۱، رحمن‌نژاد 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[2] و همکاران، ۲۰۲۳). اعتقاد اصلی و زیربنایی خانواده‌درمانی این است که مشکلات بشر بیش از این‌که 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 می‌بخشند (آرنیو پیترسون[3] 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[4]، 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 مقصدی 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[5]، ۲۰۱۹). خانواده‌درمانی مبتنی بر هیجان قادر است با تنظیم حالات هیجانی نوجوانان، از میزان پریشانی هیجانی آن‌ها بکاهد. درواقع این رویکرد درمانی می‌توانند 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 هیجان‌مدار بر تمایزیافتگی و تنظیم هیجان زنان آسیب‌دیده از بی‌وفایی زناشویی اثرگذار است. و در آخر رحمن نژاد سرایی و جعفری (۱۴۰۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان هیجان‌مدار 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 خلأ 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 به‌عنوان 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 با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش 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 تمایل به شرکت در این دوره درمانی داشتند به صورت نمونه‌گیری هدفمند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند، در ادامه با گمارش تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایش و

1. Hansell
2. Lu
3. Aarnio-Peterson
4. Johnson
5. Stavrianopoulos

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

۲۰ نفر در گروه گواه قرار گرفتند، ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان در این پژوهش: ۱) دختر بودن، ۲) تشخیص ابتلا به سه نوع اختلال روان‌تنی میگرن، اختلالات گوارشی و اختلالات قلبی عروقی توسط پزشک که با استفاده از معاینات و آزمایش‌های انجام‌شده منشأ جسمانی شناخته‌شده‌ای برای آنها یافت نشده است و توسط روان‌پزشک تشخیص اختلال روان‌تنی 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) غیبت بیش از دو جلسه، ۲) عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، ۳) شرکت هم‌زمان 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 روان‌تنی مراجعه‌کننده 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 به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایشی 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[1] (DSI): این پرسشنامه توسط اسکورون و فریدلندر[2] (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. پایایی بازآزمایی پرسشنامه توسط تدوین‌کنندگان با فاصله یک هفته بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش شد. روایی ملاکی هم‌زمان 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 پایایی، ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل جایگاه من، ۰/۶۷ عامل واکنش‌پذیری هیجانی، ۰/۴۸ عامل هم‌آمیختگی با دیگران ۰/۷۶و عامل برش هیجانی ۰/۷۳ گزارش شد و روایی ملاکی هم‌زمان پرسشنامه با استفاده از رابطه آن با افسردگی، اضطراب و استرس از ۰/۵۰تا ۰/۷۵ برآورد شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ می‌باشد. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل مقیاس برابر ۰/۷۲ بود.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS)[3]: مقیاس ناگویی خلقی تورنتو توسط بگبی[4] 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

نمراتشان در این خرده‌مقیاس‌ها بیشتر باشد، نشان‌دهنده مشکل بیشتر در زمینه بیان و تشخیص احساسات می‌باشد. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های متعدد خارجی توسط تیلور[1] 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 سؤالات، 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 برحسب همبستگی بین نمره این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب r=۰/۷۰، r=-۰/۶۸ و r=۰/۴۴ گزارش شده است (بشارت، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس ناگویی هیجانی به روش 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 دوساعته 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 دلبستگی به والدین، شناسایی سازمان‌دهی وابستگی‌های مراقبت از کودک و پیوستگی والد در میان گذاشتن حالت انفعال و اثرات آن.
جلسه دوم (والدین/ نوجوان)	انجام شوخی و تمرین‌های بدون تهدید، برای ایجاد امنیت و اعتماد، کار کردن بر روی ساخت هویتی هر خانواده، تمرین تمرین‌هایی 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 دلبستگی، 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 آغوشم بگیر"، سبک خانوادگی اعتمادسازی دوباره نوجوان به والدین، بیان مفاهیم محکم در آغوشم بگیر از دیدگاه نوجوان، صحبت از ناامیدی‌های دردناک نوجوان، گوش دادن با آغوش باز والدین.

یافته ها

در پژوهش حاضر گروه نمونه شرکت‌کننده در طرح پژوهش ۴۰ نفر بودند که در گروه آزمایش، ۲۰ نفر با میانگین سنی ۱/۰۴± ۱۶/۶۰ و در گروه گواه، ۲۰ نفر با میانگین سنی ۱/۵۵±۱۶/۷۳ و نشان‌دهنده این مطلب است که این دو گروه باهم از نظر متغیر سن همگن هستند. میانگین سنی والدین گروه آزمایش ۲/۷۱±۳۹/۴۶ و در گروه گواه ۱/۹۳±۳۷/۱۶ بود. افراد نمونه پژوهش همگی دختر بودند. جدول شماره ۲ آمار توصیفی متغیر ناگویی خلقی و خودتمایزیافتگی را نشان می‌دهد.

1. Taylor

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

جدول ۲. شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش

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

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، متغیرهای ناگویی خلقی و خودتمایزیافتگی 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 خودتمایزیافتگی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه آزمایش کاهش قابل‌توجه ناگویی خلقی و افزایش خودتمایزیافتگی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون مشاهده می‌شود.

با توجه به جدول یک مشاهده می‌شود که آماره کالموگروف - اسمیرنوف برای خرده‌مقیاس‌های دارای سطوح معناداری بالاتر از مقدار مفروض (۰/۰۵) 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 خودتمایزیافتگی 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 ۰/۲۴۷ و بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد که پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت می‌شود. همچنین ملاحظه شد سطح معنی‌داری تعامل گروه تحقیق*پیش‌آزمون خودتمایزیافتگی برابر ۰/۳۱۶ و بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. درنتیجه پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت می‌شود. آزمون Mbox نشان داد ماتریس‌های کوواریانس مشاهده‌شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف برابرند. چون مقدار F (۱/۸۰۲) در سطح خطای داده‌شده (۰/۱۴۸) معنی‌دار نیست، آزمون لون نشان داد، داده‌ها به لحاظ واریانس همگن هستند. برای متغیر ناگویی خلقی چون مقدار (۲/۸۰۲) از سطح خطای داده‌شده (۰/۷۸) بزرگ‌تر است، لذا این پیش‌فرض برای متغیر ناگویی خلقی رعایت شده است. همچنین برای متغیر خودتمایزیافتگی چون مقدار F (۱/۴۳۳) از سطح خطای داده‌شده (۰/۶۶) بزرگ‌تر است، لذا این پیش‌فرض برای متغیر خودتمایزیافتگی رعایت شده است. بنابراین از آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هلتینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی جهت اعتبار تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ قابل‌مشاهده است.

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

اثر	ارزش	F	سطح معناداری	مربع اتای جزئی	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۹۹	۲۰۱۳/۷۶۲	P≤۰/۰۱	۰/۸۹	۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۰۵	۲۰۱۳/۷۶۲	P≤۰/۰۱	۰/۸۹	۱
اثر هتلینگ	۱۹۱/۷۸۷	۲۰۱۳/۷۶۲	P≤۰/۰۱	۰/۸۹	۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۹۱/۷۸۷	۲۰۱۳/۷۶۲	P≤۰/۰۱	۰/۸۹	۱

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

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

منابع تغییرات	مجموع مربع‌ها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	آماره F	Sig	ضریب اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون 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					
پیش‌آزمون 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 محاسبه‌شده در سطح $p<۰/۰۵$ معنی دارند و با توجه به میانگین‌های برآوردشده 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[1] (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، تکیه‌ی 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 نگاره‌ی 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 (تانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۰). در فرآیند تنظیم هیجان مراجعان یاد می‌گیرند، هیجان‌های خود را بیان کنند، آنها را بپذیرند و احساسات مربوط به آنها را تجربه کنند. هیجان‌ها دارای توانایی درونی انطباقی هستند و

1. Chang
2. Tang

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

چنانچه فعال شوند، به مراجعان کمک می‌کنند تا وضعیت هیجانی مشکلشان را تغییر دهند (گرینبرگ و واتسون[1]، ۲۰۲۰). خانواده‌درمانی گروهی مبتنی بر هیجان بر روی نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان‌تنی و والدینشان موجب شد که وضعیت هیجانی خود را نسبت مشکلشان تغییر دهند و به شیوهای 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 روان‌تنی است (واندرهارت و ریدبرگ[2]، 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 (نانس دا سیلوا[3]، ۲۰۲۱).

درمجموع می‌توان گفت ازآنجایی‌که 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 موفقیت بیشتری نسبت به دیگران می‌شود. این افزایش و موفقیت 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 می‌توانند با تأکید بر مؤلفه‌های هیجانی و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، به افراد در تنظیم و مدیریت هیجانات خویش کمک نمایند. تحمل پریشانی هیجانی به‌عنوان 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 خودتمایزیافتگی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان‌تنی بود.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و هدفمند در انتخاب نوجوانان دختر دارای اختلالات روان‌تنی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز در سال ۱۴۰۲ 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 روان‌تنی 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 روان‌تنی مختلف نیز انجام گردد. برای بررسی پایداری این درمان، پیشنهاد می‌شود دوره پیگیری انجام گیرد. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند یاریگر متخصصان در امر پیشگیری، درمان و طراحی مداخلاتی باشند که علاوه بر جنبه‌های جسمی بر جنبه‌های روانی بیماران مبتلابه اختلالات روان‌تنی با تأکید بر نقش خانواده باشد.

منابع

تهمنتن، 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*، ۱۸(۴)، ۷۱-۸۳. https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_6856.html

سرابندی، م.، محمدی فر، م.، و ستوده اصل، ن. (۱۴۰۱)، مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر خودتمایزیافتگی زوج‌های جوان. *نشریه روان پرستاری*، ۱۰(۲)، ۶۰-۴۸. https://ijpn.ir/article-1-1987-fa.html

سفیداری، ل.، محمدزاده ابراهیمی، ع.، همت افزا، پ. (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده درمانی سیستمی بوئن بر اضطراب مزمن و تمایزیافتگی در مبتلایان به اختلالات روان‌تنی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۱۵)، ۱۳۷۵-۱۳۹۰. http://psychologicalscience.ir/article-1-1709-fa.html

1. Greenberg & Watson
2. Van der hart & Rydberg
3. Nunes da Silva

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

عسگری، ا.، عزیزی ضیابری، ل.، اسدی، ج.، و حسینائی، ع. (۱۴۰۱). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر تمایزیافتگی و تنظیم هیجان زنان آسیب‌دیده از بی‌وفایی زناشویی. *رویش روان شناسی، ۱۱*(۵)، ۵۹-۶۸. http://frooyesh.ir/article-1-3491-fa.html

فخاری، ن، لطیفیان، م.، و اعتماد، ج. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه تمایزیافتگی خود در دانشجویان ایرانی. *اندازه‌گیری تربیتی، ۱۵*(۵)، ۵۷-۳۵. https://jem.atu.ac.ir/article_268.html

گودرزی، س.، غلامعلی لواسانی، م.، و امیری مجد، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی برنامه خانواده‌درمانی‌های مبتنی بر دلبستگی 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

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.conctc.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

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/pr0.101.1.209-220

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). TGFβ 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, l., & 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. *Heliyon*, *9*(5), e15890. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

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

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]