

اثربخشی روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر احساس تنهایی و حساسیت به طردش‌دگی نوجوانان دارای والد معتاد

فاطمه نادری^۱، نصراله انصاری‌نژاد^۲، زهرا شایگان‌منش^۳

چکیده

این مقاله با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر احساس تنهایی و حساسیت به طردش‌دگی نوجوانان دارای والد معتاد انجام شده است. مقاله حاضر از نظر هدف کاربردی و به لحاظ روش انجام پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه نوجوانان دارای والد معتاد شهر تهران در سال ۱۳۹۸ می‌باشند. اعضای نمونه به صورت جایگزینی تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند؛ بدین ترتیب در هر گروه تعداد ۱۵ نفر حضور داشت. روان‌درمانی متمرکز بر هیجان در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای در گروه آزمایش اجرا شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل مقیاس احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی (دیتوماسو، برانن و بست، ۲۰۰۴) و پرسشنامه حساسیت بین فردی (بایس و پارکر، ۱۹۸۹) بوده است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر احساس تنهایی ($F=62/861$; $P=0/000$) و حساسیت به طردش‌دگی ($F=5/629$; $P=0/026$) نوجوانان دارای والد معتاد اثربخش است. بنابراین یافته‌ها، روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب بهبود احساس تنهایی و حساسیت به طردش‌دگی نوجوانان دارای والد معتاد می‌شود و نمایانگر افق‌های تازه در مداخلات بالینی است. بنابراین، به نظر می‌رسد این مداخله برای نوجوانان دارای والد معتاد کاربردی است.

واژگان کلیدی: روان‌درمانی متمرکز بر هیجان، احساس تنهایی، حساسیت به طردش‌دگی، نوجوانان، والد معتاد

^۱ کارشناسی‌ارشد روانشناسی عمومی minanaderi28@yahoo.com

^۲ استادیار، دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ملارد

^۳ مدرس مباحث روانشناختی و درمانگر، دکتری روانشناسی، مجتمع فرهنگی حضرت زهرا (س)

مقدمه

اعتیاد به مواد یک اختلال مزمن، عود کننده و پیچیده است که طی آن، مصرف مواد با وجود پیامدهای منفی فاجعه‌آمیز، ادامه می‌یابد (جایلوها^۱، ۲۰۱۰). مصرف مواد نه تنها بر سلامت و رفتار افراد اثرات زیان‌باری دارد، بلکه با هزینه‌های بالای اجتماعی همراه است و به انسجام و توسعه اجتماعی آسیب وارد می‌کند (اوزیر و ارامی^۲، ۲۰۱۶). از جمله هزینه‌های اجتماعی مصرف مواد می‌توان به بیماری‌های ناشی از مصرف مواد و تحمیل هزینه‌های گزاف به سیستم مراقبت بهداشتی، افزایش جرم و جنایت و هزینه‌های مربوط به سیستم قضایی و اثرات مصرف مواد بر پیشرفت تحصیلی و بهره‌وری شغلی و هزینه‌های ناشی از آن بر جامعه اشاره کرد (زهرابین و فیلیپسون^۳، ۲۰۱۰).

در واقع، اعتیاد یک اختلال عود کننده مزمن است و با مسائل زیادی در حوزه‌های پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، بلکه مشکلات و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی را بر آنها تحمیل می‌کند. خانواده معتادین مشکلات روانی - اجتماعی مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و مشکلات رفتاری را تجربه می‌کنند (سالیس و دیگران^۴، ۲۰۱۲).

مطالعات نشان می‌دهد که خانواده‌های معتادان، تفاوت چشمگیری با خانواده‌های عادی دارند، بگونه‌ای که روابط پدر معتاد با فرزندان و روابط اجتماعی خانواده و نیز کارکردهای مختلف خانواده نظیر کارکرد اقتصادی، آموزشی و ... مختل می‌گردد. هر کدام از این موارد می‌تواند منشاء مشکلات عدیده‌ای برای خانواده محسوب شود (نیکبخت نصرآبادی و دیگران^۵، ۱۳۹۵).

یکی از مشکلات نوجوانان دارای والد معتاد، ناتوانی در دوست‌یابی و مهارت اجتماعی است که به افزایش احساس تنهایی در آنها می‌انجامد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مشکلات هیجانی و روان‌شناختی مانند تجربه تحت فشار بودن و اضطراب، گریز از مدرسه، سیگار کشیدن و استفاده از مواد مخدر (لیمس و دیگران^۶، ۲۰۱۴)، در بسیاری از کودکان و نوجوانان مبتلا به احساس تنهایی مشاهده می‌شود (زینلی^۴، ۲۰۱۶). احساس تنهایی زمانی به وجود می‌آید که تماس و رابطه فرد با دیگران کاذب باشد، بنحویکه تجربه عاطفی مشترگی برای این رابطه دوجانبه فرد با دیگران متصور نباشد و انسان در فرایند تماس با دیگران، ارتباط حقیقی و صمیمانه نداشته باشد (ونهایست و دیگران^۷، ۲۰۱۲). گیلتا، شولت، آنجل، سیارانو پرینستین^۵ (۲۰۱۲) نیز مطالعه‌ای بین‌المللی در زمینه نوجوانان انجام دادند و ۱۸۶۲ نوجوان از سه کشور ایتالیا، هلند و آمریکا وارد مطالعه

¹ Jiloha

² Ouzir & Errami

³ Zohrabian & Philipson

⁴ Zeinali

⁵ Giletta, Scholte, Engels, Ciairano & Prinstein

شدند. نتایج مطالعه نشان داد احساس تنهایی یکی از عوامل موثر بر سلامتی و حتی رفتارهای خودجراحی نوجوانان مورد مطالعه بود.

علاون بر این، به دلیل فقدان مهارت‌های اجتماعی مناسب در نوجوانان دارای والد معتاد، حساسیت به طردشدگی در آنها بالا است. فرد مبتلا به حساسیت به طرد در ارتباط خود با دیگران دارای یک گوش بزنگی شدت یافته در مقابل نشانه‌های طرد است و کاملاً مراقب علائم طرد اجتماعی است، این شخص می‌تواند تفاوت بین علائم طرد و دیگر علائم محیط اجتماعی خود را کشف کند. حساسیت یک فرد با حساسیت به طرد بالا مانند یک واکنش آلرژیک به طرد رخ می‌دهد بنحویکه منابع دفاعی در او سریعاً به حالت آماده‌باش قرار می‌گیرد و پاسخ محکمی همراه با پرخاشگری و خصومت می‌دهد (زولومک و دیگران، ۲۰۱۶).

این افراد حتی علائم مبهم و نامشخص از سوی دیگران را هم بعنوان نشانه‌های منفی و طرد پاسخ می‌دهند. پاسخ‌های خشمگینانه آنها حتی به علائم مبهم از سوی دیگران، می‌تواند تجربه طرد واقعی را در آنان افزایش دهد. این ویژگی‌ها موجب می‌شود افرادی با حساسیت به طرد بالا به این نتیجه برسند که طرد شدن، اجتناب‌ناپذیر و زندگی آنان غیرقابل کنترل است. تقویت انتظارات اضطرابی در این افراد و تکرار بالقوه زنجیره بازخوردها موجب می‌شود که حساسیت به طرد همانند یک چرخه معیوب عمل کند و فرد نسبت به آن یک پیشگویی درونی داشته باشد. چرخه‌ای که در حال تکرار و پیشگویی‌هایی که در حال تایید شدن هستند (ویکز^۱، ۲۰۱۱) تحقیقات نشان داده است که حساسیت با طرد با اضطراب اجتماعی، افسردگی، سرزنش، ۱۳۳ خشم و انزوا مرتبط است (زیمر-گمبک و دیگران، ۲۰۱۶).

به منظور جستجو جهت شناسایی راهبردهایی که موجب کاهش احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی شود، بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد مهارت‌های تنظیم هیجانی نقش بسیار مهمی در این زمینه دارد. راهبردهای تنظیم هیجان شامل ایجاد افکار و رفتارهایی است که به افراد آگاهی می‌دهد چه نوع هیجانی دارند، چه هنگام این هیجان‌ها در آنها پدید می‌آید و چگونه باید آنها را ابراز نمایند (گراس و دیگران، ۲۰۱۱). این راهبردها به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل تجربه هیجانی، ابراز هیجانی و شدت و یا نوع تجارب هیجانی یا واقعه فراخواننده هیجان بکار می‌روند. علاوه بر این، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تنظیم هیجان با الگوهای آسیب‌شناسی روانی آمیختگی کامل دارد (آلدو و دیگران، ۲۰۱۵).

بنابراین، تنظیم هیجان یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگاران و همچنین جلوگیری از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگاران محسوب می‌شود. بررسی متون روانشناختی، نشان می‌دهد

¹ Weeks

که تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی می‌باشد (سیجی و دیگران، ۲۰۰۹).

تفاوت‌های افراد در استفاده از سبک‌های مختلف تنظیم هیجان موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود، چنانکه استفاده از سبک‌های ارزیابی مجدد با هیجان‌های مثبت و عملکردهای میان‌فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد. باتوجه به نقش مشکلات تنظیم هیجان در ایجاد و ابقای مشکلات هیجانی، به نظر می‌رسد که آموزش و کاربرد مهارت‌های تنظیم هیجان در کاهش مشکلات هیجانی بتواند به توسعه این حیطه درمانی کمک کند (آلدانو، نولن و دیگران، ۲۰۱۰).

برای تنظیم هیجان‌ها شیوه‌های متنوعی وجود دارد که یکی از آنها تنظیم هیجان براساس مدل گروس^۱ است. در واقع، درمان تنظیم هیجان یکی از روش‌های رفتاردرمانی در حوزه علوم هیجان است که از آن می‌توان در بهبود روند درمان اختلال‌های پریشان کننده استفاده کرد. درمان تنظیم هیجان، از اصول و کاربردهای درمان شناختی- رفتاری حاضر (و سنتی) گرفته شده و مداخلات هیجان محور ساختارمندی است که بازتاب یافته‌های بنیادین و ترجمان علوم احساس است. نتایج برخاسته از دیدگاه‌های تئوری، این روش را درمان مبتنی بر شواهدی معرفی کرده که برپایه‌های محکم درمان شناختی- رفتاری بنا شده است (گروس، ۲۰۱۴).

۱۳۴

در ادبیات پژوهشی نیز چندین مطالعه نشان داده‌اند که تنظیم هیجان بر حساسیت به طردشدگی و احساس تنهایی تأثیر دارد. میرجعفری (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان بر ناگویی خلقی و احساس تنهایی نوجوانان مبتلا به رفتارهای خودجرحی پرداخت. نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان بر ناگویی خلقی، احساس تنهایی و رفتارهای خودجرحی نوجوانان مبتلا به رفتارهای خودجرحی تأثیر معناداری دارد. علاوه بر این، ترکی (۱۳۹۷) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان بر کنترل عاطفی، نشخوار فکری و حساسیت به طردشدگی دانشجویان انجام داد. نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر تنظیم هیجان بر کنترل عاطفی، نشخوار فکری و حساسیت به طردشدگی دانشجویان تأثیر معناداری دارد.

باتوجه به آنچه گفته شد به نظر می‌رسد احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی از عوامل تسهیل کننده مشکلات روان‌شناختی در نوجوانان دارای والد معتاد باشد. از آنجائیکه سازه‌های یاد شده به نظر می‌رسد منشاء هیجانی داشته باشند، می‌توان از مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان برای کاهش آنها استفاده کرد. از این‌رو، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی نوجوانان دارای والد معتاد اثربخش است؟

¹ Gross

۱- روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و به لحاظ روش انجام پژوهش، نیمه (شبه) آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. باتوجه به موضوع پژوهش، متغیرهای احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی بعنوان متغیر وابسته و روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بعنوان متغیر مستقل ایفای نقش می‌کند. این طرح به این صورت است که ابتدا پیش‌آزمون بر روی اعضای گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. سپس، گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار گرفت؛ اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در انتها از این دو گروه به منظور سنجش تاثیر روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بعنوان متغیر آزمایشی بر متغیرهای احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی بعنوان متغیرهای وابسته پژوهش، پس‌آزمون به عمل آمد.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله دارای والد معتاد شهر تهران در سال ۱۳۹۸ می‌باشد. برای انتخاب نوجوانان دارای والد معتاد، به صورت در دسترس کلینیک آبادیس از منطقه نیاوران شهر تهران انتخاب شد و با همکاری روان‌شناس و مددکار اجتماعی کلینیک، نوجوانان واجد شرایط انتخاب شدند. به منظور دستیابی به نتایج قابل اعتماد در طرح‌های آزمایشی، در هر گروه حضور حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است (کومار، ۲۰۱۹). باتوجه به طرح پژوهش، پژوهشگر نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر باتوجه به معیارهای شمول به صورت در دسترس انتخاب کرد. اعضای نمونه به صورت جایگزینی تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و بدین ترتیب، در هر گروه تعداد ۱۵ نوجوان دارای والد معتاد حضور داشت.

۱۳۵

برای افراد شرکت کننده در این پژوهش، ملاک‌هایی همچون داشتن والد معتاد و دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال برای ورود به پژوهش در نظر گرفته شد. علاوه بر این، ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی، اختلال وابستگی به مواد، حضور همزمان در جلسات روان‌درمانی دیگری خارج از مطالعه، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به شرکت در پژوهش بعنوان ملاک خروج انتخاب شد. ملاک‌های خروج براساس گزارش خوداظهاری افراد متقاضی ارزیابی شدند. بعد از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، افراد واجد شرایط در پژوهش شرکت داده شدند. برای جلوگیری از ریزش نمونه‌ها پیش از شروع درمان، ۳ نفر برای هر گروه به جایگزین انتخاب شدند تا در صورت انصراف افراد از گروه‌ها (پیش از شروع درمان) به گروه‌ها اضافه شوند.

جهت انجام مطالعه آزمایشی، در فصل زمستان سال ۱۳۹۸، برنامه روان‌درمانی متمرکز بر هیجان براساس پروتکل گروس (۲۰۰۷) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. پرسشنامه‌های پژوهش، شامل فرم کوتاه مقیاس احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی (۲۰۰۴) و پرسشنامه حساسیت بین فردی بایس و پارکر (۱۹۸۹) قبل و بعد از اجرای مداخله در بین دو گروه گواه و آزمایش توزیع شد.

پرسشنامه احساس تنهایی: برای سنجش احساس تنهایی، از فرم کوتاه مقیاس احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی (۲۰۰۴) استفاده شد. این مقیاس به وسیله دی‌توماسو، برانن و بست در سال ۲۰۰۴ و براساس تقسیم‌بندی ویس، طراحی و تهیه گردید. این مقیاس شامل ۱۵ گویه و سه زیرمقیاس احساس تنهایی رمانتیک (پنج گویه)، خانوادگی (پنج گویه) و اجتماعی (پنج گویه) است و احساس تنهایی عاطفی از مجموع نمرات زیرمقیاس‌های رمانتیک و خانوادگی به دست می‌آید. در مقایب هر گویه، طیف ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) قرار دارد. تمامی گویه‌ها به جزء گویه ۱۴ به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و کسب نمره بیشتر در هر یک از ابعاد این مقیاس، نشان‌دهنده احساس تنهایی بیشتر در آن بعد است. مولفان این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ را بین ۸۷ درصد تا ۹۰ درصد گزارش کرده‌اند که از همسانی درونی مناسب مقیاس حکایت دارد. به منظور هنجاریابی این مقیاس در جامعه ایرانی نیز، جوکار و سلیمی (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس احساس تنهایی رمانتیک، اجتماعی و خانوادگی به ترتیب برابر با ۹۲، ۸۴ و ۷۸ درصد به دست آوردند که بیانگر همسانی درونی آیتم‌های پرسشنامه است.

پرسشنامه حساسیت به طردشدگی: برای سنجش حساسیت به طردشدگی از پرسشنامه حساسیت بین فردی بایس و پارکر (۱۹۸۹) استفاده خواهد شد. این پرسشنامه توسط بایس و پارکر در سال ۱۹۸۹ برای سنجش حساسیت بین فردی یا حساسیت به طرد اجتماعی ابداع شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال و ۵ خرده مقیاس دارد که پاسخ به هر عبارت آن در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای می‌باشد. این ۵ عامل شامل آگاهی بین فردی (حساسیت به تعاملات بین فردی و ادراک فرد از تأثیری که بر دیگری دارد و پیامدهای حاصل از دریافت پاسخ انتقادی یا منفی از دیگری)، نیاز به تأیید (شامل سوالاتی است که تمایل فرد برای خشنود کردن دیگران و برقراری رابطه صلح‌آمیز را منعکس می‌کند)، اضطراب جدایی (افرادی که در این خرده مقیاس نمره بالا می‌گیرند، افرادی هستند که از روابط بین فردی احساس اضطراب می‌کنند)، کمرویی (این عامل، عدم جرأت‌ورزی را شناسایی می‌کند. افرادی که در این خرده مقیاس نمره بالایی می‌گیرند کسانی هستند که به علت کمرویی خود قادر به کسب تقویت پاداش نمی‌باشند) و خود درونی شکننده (احساس فرد از اینکه خود او دوست داشتنی نیست و باید از دیگران پنهان شود) می‌باشد. مطالعات در خصوص IPMS شواهد روان‌سنجی خوبی را به همراه داشته است، بطوریکه همسانی درونی و پایایی بازآزمایی و اعتبار همگرا و واگرای بالایی گزارش شده است. بایس و پارکر ضریب اعتبار نمره کل را ۸۵ درصد و برای خرده مقیاس‌ها بین ۵۵ تا ۷۶ درصد گزارش کرده‌اند. اعتبار این پرسشنامه در پژوهش وجودی و همکاران با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۱ درصد گزارش شد (وجودی و همکاران، ۱۳۹۳). آلفای کرونباخ این پرسشنامه به منظور بررسی همسانی درونی در پژوهش حاضر ۸۳ درصد به دست آمد.

به منظور اجرای مداخله، ابتدا اهمیت انجام کار، پروپوزال طرح و اهداف آن برای مسئول فنی کلینیک آبادیس تشریح شد. پس انجام هماهنگی‌های اولیه توسط مسئول فنی، روان‌شناس و مددکار اجتماعی کلینیک برای کمک اجرای مداخله با پژوهشگر همکاری داشتند. ابتدا از لیست پذیرش کلینیک، افراد متأهل و دارای فرزند انتخاب شدند. در گام بعد، مددکار اجتماعی کلینیک با افراد واجد شرایط تماس گرفتند و مراحل انجام کار را تشریح کردند. بعد از رضایت افراد تحت درمان برای شرکت فرزندشان در مداخله مذکور، معیارهای ورود و خروج بررسی شدند و در صورت واجد شرایط بودن، برای شرکت در مطالعه دعوت شدند. از پروتکل آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گروس (۲۰۰۷) که یک شیوه پیشنهادی برای آموزش تنظیم هیجان است بعنوان عامل مداخله استفاده شد. این پروتکل توسط گروس (۲۰۰۷) ساخته شده و برای آموزش چگونگی مدیریت و تنظیم هیجانات افراد استفاده می‌شود. مراحل مختلف آموزش تنظیم هیجان براساس بسته مذکور در این پژوهش در قالب ۸ جلسه ۲ ساعته به صورت گروهی انجام شد. خلاصه‌ای از محتوای جلسات آموزشی تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گروس در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول (۱) جلسات درمانی براساس پروتکل گروس (۲۰۰۷)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل رهبر گروه (مشاور) و اعضا، ۲- بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و گفتگوی اعضا راجع به اهداف شخصی و جمعی، ۳- بیان منطق و مراحل مداخله، و ۴- بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه.
دوم	انتخاب موقعیت، هدف: ارائه آموزش هیجانی؛ دستور جلسه: شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و درازمدت هیجان‌ها.
سوم	انتخاب موقعیت، هدف: ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا، دستور جلسه: راجع به عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آنها، نقش هیجان‌ها در برقرار کردن ارتباط با دیگران و تاثیرگذاری روی آنها و همچنین سازماندهی و برانگیزاندن رفتار انسان بین اعضا گفتگویی صورت گرفت و مثال‌هایی از تجربه‌های واقعی آنها مطرح شد.
چهارم	اصلاح موقعیت، هدف: ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان؛ دستور جلسه: الف) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، ب) آموزش راهبرد حل مسئله، ج) آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض).
پنجم	گسترش توجه، هدف: تغییر توجه؛ دستور جلسه: ۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی، ۲) آموزش توجه.
ششم	ارزیابی شناختی، هدف: تغییر ارزیابی‌های شناختی؛ دستور جلسه: ۱) شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آنها روی حالت‌های هیجانی، ۲) آموزش راهبرد باز-ارزیابی.

تعدیل پاسخ هدف: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، دستور جلسه: (۱) شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، (۲) مواجهه، (۳) آموزش ابراز هیجان، (۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی، (۵) آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.	هفتم
ارزیابی و کاربرد هدف: ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد؛ دستور جلسه: (۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی، (۲) کاربرد مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، (۳) بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.	هشتم

قبل و بعد از اجرای مداخله، ابزارهای گردآوری اطلاعات (پرسشنامه‌ها) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در بین شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گواه، توزیع شد. بعد از توزیع پرسشنامه‌ها، اطلاعات با استفاده از روش‌های آماری مناسب تجزیه و تحلیل شد. ابتدا به کلیه شرکت‌کنندگان در رابطه با پژوهش توضیحاتی ارائه شد. در این توضیحات تا جائیکه سوگیری ایجاد نکند، سالمندان شرکت‌کننده در جریان روند پژوهش قرار گرفتند. بعد از ارائه توضیحات سعی شد از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه به صورت شفاهی برای شرکت در پژوهش اخذ شود. سپس، پرسشنامه‌های از نظر تکمیل درست آیت‌ها بررسی شدند. در نهایت، پرسشنامه‌ها جهت پاسخگویی به فرضیه‌های پژوهش تجزیه و تحلیل شدند.

برای رعایت موازین اخلاقی در پژوهش حاضر، سعی شد رضایت شرکت‌کنندگان برای حضور در پژوهش جلب شود و به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات کسب شده از آنها محفوظ خواهد ماند. به گروه گواه اطمینان داده شد پس از اتمام پژوهش، به آنها نیز در صورت تمایل، ۸ جلسه روان‌درمانی متمرکز بر هیجان ارائه می‌شود. همچنین، شرکت‌کنندگان هر زمان مایل بودند بطور آزادانه می‌توانستند از پژوهش خارج شوند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از ابزارهای گردآوری اطلاعات، از نرم‌افزار SPSS.v21 و از شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. الف) آمار توصیفی: به منظور توصیف اطلاعات جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی از قبیل (میانگین و انحراف معیار) استفاده شد. ب) آمار استنباطی: در این بخش، با رعایت مفروضه‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. قبل از اجرای آزمون‌های آمار استنباطی، از آزمون نرمالیت کولموگروف - اسمیرنوف و دیگر پیش‌فرض‌ها جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها گزارش شد.

۱۳۸

۲- یافته‌های پژوهش

اطلاعات مندرج در جدول شماره (۲)، فراوانی و درصد فراوانی سن شرکت‌کنندگان مورد مطالعه در این پژوهش را به تفکیک گروه نشان می‌دهد. میانگین (انحراف استاندارد) سنی گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۱۵/۲۶ (۳/۵۵) و ۱۵/۸۳ (۲/۴۸) سال محاسبه شد. همچنین، به منظور مقایسه میانگین سنی دو گروه از آزمون تی استودنت استفاده شد. نتایج نشان داد سطح معناداری ($P = ۰/۳۷۹$) برای مقدار t محاسبه شده

($t = ۰/۸۹۴$) از مقدار آلفای تعیین شده ($\alpha = ۰/۰۵$) بزرگ‌تر است. بنابراین، اگرچه بین میانگین دو گروه تفاوت اندکی وجود دارد؛ اما، این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد دو گروه از نظر سنی هم‌تا هستند.

جدول ۲) فراوانی و درصد فراوانی سن شرکت‌کنندگان

گروه سن	آزمایش		گواه		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱۲ تا ۱۴ سال	۷	۴۶/۷	۸	۵۳/۳	۱۵	۵۰
۱۵ تا ۱۶ سال	۶	۴۰	۷	۴۶/۷	۱۳	۴۳/۳
۱۷ تا ۱۸ سال	۲	۱۳/۳	-	-	۲	۶/۷
مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

نتایج ارائه شده در جدول (۳)، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی همچون میانگین (M) و انحراف استاندارد (SD) شرکت‌کنندگان را به تفکیک گروه در متغیر احساس تنهایی نشان می‌دهد. بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد نسبت به گروه کنترل، میانگین گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون در متغیر احساس تنهایی کاهش داشته است. این تغییر برای گروه کنترل معنادار نبوده است.

۱۳۹

جدول ۳) شاخص‌های مرکزی و پراکندگی دو گروه در متغیر احساس تنهایی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنهایی رمانتیک	کنترل	۱۵/۸۷	۳/۲۲	۱۷/۸۷	۴/۲۵
	آزمایش	۱۸/۲۷	۶/۷۳	۱۳/۷۳	۳/۹۷
تنهایی خانوادگی	کنترل	۱۳/۸۷	۳/۲۷	۱۵	۱/۵۵
	آزمایش	۱۴/۷۳	۳/۵۳	۸/۶۷	۱/۹۱
تنهایی اجتماعی	کنترل	۱۶/۵۳	۳/۳۳	۱۷/۳۳	۳/۰۱
	آزمایش	۱۸/۱۳	۲/۰۶	۱۰/۱۳	۱/۸۰
نمره کلی احساس تنهایی	کنترل	۵۸/۵۳	۵/۲۳	۶۲/۸۷	۵/۹۰
	آزمایش	۶۲/۳۳	۱۱/۴۵	۴۲/۷۳	۷/۰۴

نتایج ارائه شده در جدول (۴)، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی همچون میانگین (M) و انحراف استاندارد (SD) شرکت‌کنندگان را به تفکیک گروه در متغیر حساسیت به طردشدگی را نشان می‌دهد. در مرحله پس آزمون، میانگین (انحراف استاندارد) نمره کلی حساسیت به طردشدگی برای گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۵۱/۶۰ (۴/۲۳) و ۵۶/۸۰ (۴/۹۰) محاسبه شد.

جدول (۴) شاخص‌های مرکزی و پراکندی دو گروه در متغیر حساسیت به طردشدگی

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
SD	M	SD	M		
۱/۴۰	۱۱/۸۷	۱/۵۹	۱۳/۴۰	آزمایش	آگاهی بین فردی
۲/۱۶	۱۳/۸۷	۲/۰۲	۱۴/۶۷	کنترل	
۱/۱۲	۸/۶۰	۰/۹۱	۱۱/۸۷	آزمایش	نیاز به تأیید
۱/۴۸	۸/۲۷	۱/۴۰	۱۲/۴۰	کنترل	
۱/۸۵	۹/۲۰	۱/۷۴	۸/۲۰	آزمایش	اضطراب جدایی
۱/۹۲	۸/۴۷	۱/۷۹	۸/۲۷	کنترل	
۱/۵۳	۹/۷۳	۱/۶۶	۱۰/۰۷	آزمایش	کمروبی
۱/۳۵	۱۰/۵۹	۱/۴۰	۱۰/۵۳	کنترل	
۶۴۸۱	۱۳/۱۳	۱/۹۵	۱۵/۴۰	آزمایش	خود درونی شکننده
۲/۴۹	۱۵/۶۷	۲/۲۲	۱۶/۶۷	کنترل	
۴/۲۳	۵۱/۶۰	۵/۸۹	۵۸/۹۳	آزمایش	حساسیت به طردشدگی
۴/۹۰	۵۶/۸۰	۵/۴۶	۶۳/۴۷	کنترل	

۱۴۰

در این بخش به بررسی فرضیه‌های پژوهش با استفاده از آزمون‌های آماری پرداخته می‌شود. جهت تعیین اثربخشی روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی نوجوانان دارای والد معتاد، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده گردید. در این تحلیل، میانگین پس آزمون گروه آزمایش با میانگین گروه گواه مقایسه شده و نمره‌های پیش آزمون بعنوان متغیر کمکی بکار گرفته شدند. استفاده از این تحلیل، مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است که پیش از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لوین، آزمون ام‌باکس و شیب رگرسیون نشان داد پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک رعایت شده است. در نتیجه با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های مربوط به توزیع آزمون پارامتری برآورده شده است، جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش می‌توان از آزمون پارامتری استفاده کرد.

برای بررسی تأثیر روان‌درمانی متمرکز بر هیجان موجب بهبود احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی نوجوانان دارای والد معتاد، باتوجه به برآورده شدن پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. مقدار احتمال آزمون معناداری لامبدای ویلکز، کم‌تر از سطح آلفای تعیین شده ($\alpha = 0/05$) است، بنابراین قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره را مجاز می‌شمارد و بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر متغیرهای وابسته (اصلی) پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵) تأثیر روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر متغیرهای وابسته (اصلی)

متغیر	منبع	df	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
احساس تنهایی	گروه	۱	۲۷۴۱/۲۹۱	۶۲/۸۶۸	۰/۰۰۰**	۰/۳۰۷
	خطا	۲۶	۴۳/۶۰۴	-	-	-
حساسیت به طردشدگی	گروه	۱	۳۱/۵۳۴	۵/۶۲۹	۰/۰۲۶*	۰/۱۸۴
	خطا	۲۶	۵/۶۰۲	-	-	-

$$P < 0/05^* P < 0/01^{**}$$

۱۴۱

باتوجه به نتایج مندرج در جدول ۵ مقدار F تأثیر متغیر مستقل (روان‌درمانی متمرکز بر هیجان) بر احساس تنهایی (۶۲/۸۶۸) و حساسیت به طردشدگی (۵/۶۲۹) معنادار شده است ($P < 0/01$)؛ زیرا سطح معناداری از سطح آلفای تعیین شده کوچک‌تر است. در نتیجه، زمانی که اثر پیش‌آزمون از روی نتایج پس‌آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها در سطح ۹۹ درصد اطمینان، معنادار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که ۳۱ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر احساس تنهایی (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) و ۱۸ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر حساسیت به طردشدگی (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (روان‌درمانی متمرکز بر هیجان) است.

برای بررسی تأثیر روان‌درمانی متمرکز بر هیجان موجب بهبود احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی نوجوانان دارای والد معتاد، باتوجه به برآورده شدن پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. مقدار احتمال آزمون معناداری لامبدای ویلکز، کم‌تر از سطح آلفای تعیین شده ($\alpha = 0/05$) است، بنابراین قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره را مجاز می‌شمارد و بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر مولفه‌های احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود دارد.

باتوجه به نتایج مندرج در جدول ۶ مقدار F تأثیر متغیر مستقل (روان درمانی متمرکز بر هیجان) بر ابعاد تنهایی خانوادگی (۸۳/۵۴) و تنهایی اجتماعی (۳۸/۹۵) معنادار شده است ($P < ۰/۰۱$)؛ زیرا سطح معناداری از سطح آلفای تعیین شده کوچک‌تر است. در نتیجه، زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها در سطح ۹۹ درصد اطمینان، معنادار است.

جدول ۶) تأثیر روان درمانی متمرکز بر هیجان بر مؤلفه‌های احساس تنهایی

متغیر	منبع	df	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
تنهایی رمانتیک	گروه	۱	۵۱/۸۴	۲/۸۲۰	۰/۱۰۶	-
	خطا	۲۴	۱۸/۳۸	-	-	-
تنهایی خانوادگی	گروه	۱	۲۴۲/۱۴	۸۳/۵۴۹	۰/۰۰۰**	۰/۴۷۷
	خطا	۲۴	۲/۸۹	-	-	-
تنهایی اجتماعی	گروه	۱	۲۶۲/۲۰	۳۸/۹۵۱	۰/۰۰۰**	۰/۵۱۹
	خطا	۲۴	۶/۷۳	-	-	-

$$P < ۰/۰۵^* P < ۰/۰۱^{**}$$

بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر ابعاد تنهایی خانوادگی و تنهایی اجتماعی تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که ۴۸ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در بعد تنهایی خانوادگی (تفاوت گروه‌ها در پس آزمون) و ۵۲ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در بعد تنهایی اجتماعی (تفاوت گروه‌ها در پس آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (روان‌درمانی متمرکز بر هیجان) است. اما، اجرای روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر تنهایی رمانتیک تأثیر معناداری نداشته است ($P > ۰/۰۵$).

برای بررسی تأثیر روان‌درمانی متمرکز بر هیجان موجب بهبود مؤلفه‌های حساسیت به طردشدگی نوجوانان دارای والد معتاد، باتوجه به برآورده شدن پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. مقدار احتمال آزمون معناداری لامبدای ویلکز، کم‌تر از سطح آلفای تعیین شده ($\alpha = ۰/۰۵$) است، بنابراین قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد و بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر مؤلفه‌های حساسیت به طردشدگی تفاوت معناداری وجود دارد.

باتوجه به نتایج مندرج در جدول ۷، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (روان‌درمانی متمرکز بر هیجان) بر ابعاد اضطراب جدایی (۷/۷۴۰) و خود درونی‌شکننده (۵/۲۶۵) معنادار شده است ($P < ۰/۰۱$)؛ زیرا سطح معناداری از سطح آلفای تعیین شده کوچک‌تر است. در نتیجه، زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط

به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها در سطح ۹۹ درصد اطمینان، معنادار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر مولفه‌های اضطراب جدایی و خود درونی شکننده متغیر حساسیت به پردشدگی تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که ۲۵ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در بعد اضطراب جدایی (تفاوت گروه‌ها در پس آزمون) و ۱۷ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در بعد خود درونی شکننده (تفاوت گروه‌ها در پس آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (روان‌درمانی متمرکز بر هیجان) است. اما، اجرای روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر ابعاد آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید و کمرویی تأثیر معناداری نداشته است ($P > 0.05$).

جدول ۷) تأثیر روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر مولفه‌های حساسیت به پردشدگی

متغیر	منبع	df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
آگاهی بین فردی	گروه	۱	۵/۹۷۸	۲/۳۲۳	۰/۱۴۱	-
	خطا	۲۳	۲/۵۷۴	-	-	-
نیاز به تأیید	گروه	۱	۰/۸۵۹	۰/۴۸۵	۰/۴۹۳	-
	خطا	۲۳	۱/۷۷۲	-	-	-
اضطراب جدایی	گروه	۱	۵/۲۵۶	۷/۷۴۰	۰/۰۱۱*	۰/۲۵۲
	خطا	۲۳	۰/۶۷۹	-	-	-
کمرویی	گروه	۱	۰/۷۴۴	۲/۱۴۱	۰/۱۵۷	-
	خطا	۲۳	۰/۳۴۷	-	-	-
خود درونی شکننده	گروه	۱	۲۲/۰۱۳	۵/۲۶۵	۰/۰۳۱*	۰/۱۸۶
	خطا	۲۳	۴/۱۸۱	-	-	-

$P < 0.05^* P < 0.01^{**}$

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش اثربخشی روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر مولفه‌های تنهایی خانوادگی و تنهایی اجتماعی نیز مورد تأیید قرار گرفت ($P > 0/05$). نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات عطادخت، فلاحی و احمدی (۱۳۹۶)، صدوری دمیرچی، اسدی شیشه‌گران و اسماعیلی قاضی ولویی (۱۳۹۵)، رحمانی، قاسمی و هاشمیان‌فر (۱۳۹۵)، رونکا، تانیلا، کویران، ساناری و راتیو (۲۰۱۳) و گیلتا، شولت، آنجل، سیارانو پریستین (۲۰۱۲) همسو بود.

تنهایی را احساس ناخوشایندی می‌دانند که در نتیجه کاستی در شبکه روابط اجتماعی فرد به صورت کمی و کیفی و دسترسی نداشتن به روابط نزدیک و مطلوب با دیگران به وجود می‌آید. طیف وسیع و متنوعی از دردهای اجتماعی چون بیماری‌های روانی و گرایش به رفتارهای پرخطر، خشونت، خودجرحی، پرخاشگری، بزهکاری و الکلیسم، همگی بنحوی با انحراف از هنجارها مرتبط هستند و نهایتاً همه اینها بنحوی با مسأله انزوا و احساس تنهایی اجتماعی مرتبط هستند. این چرخه معیوب منجر به تشدید اثرات منفی کاهش اندازه شبکه اجتماعی و احساس تنهایی و در نتیجه گرایش به سمت رفتارهای پرخطر می‌شود. بر این اساس برای نوجوانانی که احساس تنهایی می‌کنند معنای زندگی از دست می‌رود و برای جبران این خلاء به سمت رفتارهای پرخطر روی می‌آورند (والدز، گاتامورتا، جونز^۱ و همکاران، ۲۰۱۹).

در تبیین اثربخشی روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر کاهش احساس تنهایی می‌توان گفت که تلاش شد تا با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی از تأثیرات منفی احساس تنهایی این افراد در زندگی کاسته شود. افراد در جریان روان‌درمانی متمرکز بر هیجان، خطاهای شناختی خود را مورد واکاوی قرار دادند؛ خطاهایی مانند اینکه "دیگران در مورد من چه فکری خواهند کرد" یا "اگر از والدینم جدا شوم چه بر سرم خواهد آمد" باعث شد که آزمودنی‌ها از تأثیر این افکار بر زندگی شخصی و حالات روحی خود آگاه شوند و درصدد اصلاح، بازسازی و جایگزین افکاری مانند اینکه "در این مشکل من تنها نیستم"، برآیند. همچنین اصلاح ارزیابی‌های شناختی و تمرین‌های ارائه شده برای تلفیق شیوه‌های آموخته شده با موقعیت‌های زندگی واقعی به کاهش تنهایی منجر شد. از سوی دیگر مطرح کردن مشکلات زندگی در گروه در کنار افرادی مشابه خود و دریافت حمایت از یکدیگر در فرایند کنار آمدن با مشکلات زندگی و دریافت دلگرمی از یکدیگر باعث شد که احساس تنهایی آنها کاهش یابد (صدوری دمیرچی و همکاران، ۱۳۹۵). در نتیجه، شرکت نوجوانان دارای والد معتاد در جلسات روان‌درمانی متمرکز بر هیجان با کاهش احساس تنهایی همراه شد.

نتایج پژوهش حاضر مؤید آن است که اجرای روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر مولفه‌های حساسیت به طردشدگی نوجوانان دارای والد معتاد اثربخش است ($P > 0/01$). در ادبیات پژوهشی داخل و خارج از کشور

¹ Valdes, Gattamorta, Jones

نیز اثربخشی روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر حساسیت به طردشدگی بررسی شد و نتایج اغلب این مطالعات با یافته‌های پژوهش حاضر همسو بود. برای مثال، نتایج مطالعات میکائیلی، قلی‌پور و ابوالقاسمی (۱۳۹۵)، میکائیلی، قلی‌پور و ابوالقاسمی (۱۳۹۵)، ولوتی^۱ و همکاران (۲۰۱۵)، سیلورز^۲ و همکاران (۲۰۱۲) و کانگ، داوونی، ایرا و رودریگز (۲۰۰۹) به نتایج مشابهی دست یافتند.

به منظور تبیین نتیجه به دست آمده در ابتدا لازم به یادآوری است از آنجائیکه تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار از نظر عملکردی در جهت مخالف هم هستند، می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از راهبردهای سازگانه تنظیم هیجان می‌تواند به کاهش حساسیت به طرد کمک کند. این نتایج مقدماتی نشان می‌دهد که کاهش حساسیت به طرد می‌تواند به وسیله کاهش تنظیم هیجان ناسازگار و افزایش پذیرش هیجان‌ها و تنظیم هیجان سازگار تصدیق شود. افرادی که حساسیت به طرد بالایی دارند، مشکلات بسیاری در مهارت‌های تنظیم هیجان دارند و نمی‌توانند امورات خود را پیگیری کنند؛ افرادی که مهارت تنظیم هیجان بالایی دارند بطور مداوم از دیگران بازخورد می‌گیرند تا بتوانند عملکرد موثری داشته باشند، اما افرادی که می‌ترسند که مورد توجه دیگران قرار نگیرند و بطور مداوم از دیگران فرار می‌کنند نمی‌توانند از دیگران بازخورد لازم را دریافت کنند و نقاط ضعف خود را پوشش دهند (حبیبی، ۱۳۹۵). بنابراین، با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، روابط اجتماعی بهبود می‌یابد و افراد بازخورد بهتری از محیط اطراف پیرامون تعاملات‌شان کسب می‌کنند و در نتیجه، حساسیت به طردشدگی کاهش می‌یابد.

۱۴۵

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی فرضیه اصلی پژوهش نشان داد روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی نوجوانان دارای والد معتاد تأثیر معناداری دارد؛ به عبارت دیگر، نتایج بررسی فرضیه اصلی پژوهش موید آن بود روان‌درمانی متمرکز بر هیجان در نوجوانان دارای والد معتاد باعث می‌شود احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی در آنها کاهش یابد و توانایی بیشتری برای کنترل هیجان‌های ناسازگانه داشته باشند.

این یافته با نتایج مطالعات نوری‌زاده میرآبادی و همکاران (۱۳۹۶)، عباسی (۱۳۹۶)، مومنی (۱۳۹۵)، صبحی قراملکی و همکاران (۱۳۹۴)، افروز و همکاران (۱۳۹۴)، قاسم‌پور و فلاح (۱۳۹۳)، صالحی و همکاران (۱۳۹۱)، زارع و سلگی (۱۳۹۱)، بیرامی و همکاران (۱۳۹۱)، عباسی (۱۳۹۶)، میکائیلی، قلی‌پور و ابوالقاسمی (۱۳۹۵)، میکائیلی، قلی‌پور و ابوالقاسمی (۱۳۹۵)، ولوتی و همکاران (۲۰۱۵)، سیلورز و همکاران (۲۰۱۲) و کانگ، داوونی، ایرا و رودریگز (۲۰۰۹)؛ منین و همکاران (۲۰۱۸) و رنا و همکاران (۲۰۱۸) همسو و همخوان است.

^۱ Velotti^۲ Silvers

نتایج این پژوهش نشان داد شرکت در جلسات روان‌درمانی متمرکز بر هیجان موجب بهبود توانایی مدیریت و کنترل هیجان می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که آموزش نظم‌دهی هیجان همراه با تکنیک‌ها و مهارت‌هایی چون تحمل‌پریشانی، ارتباط بین فردی و ارائه راه‌حل‌های جدید و تعدیل آثار ناراحت‌کننده به فرد، در کنار آمدن بهتر با شرایط خاص و هیجانات مرتبط با آن کمک می‌کند. استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند که هدف از آن، تعدیل هیجان، بدون رفتاری واکنشی و مخرب می‌باشد. توانایی آگاه شدن از هیجان‌ها، شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها، پذیرش هیجان منفی در زمان لزوم و روبرو شدن با آن به جای اجتناب، از مهارت‌های تنظیم هیجان می‌باشد که به بهبود احساس تنهایی کمک می‌کند. استفاده از روان‌درمانی متمرکز بر هیجان همراه با تکنیک‌هایی چون شناسایی باورهای ناکارآمد و بازسازی آنها به افراد می‌آموزد با نگاه و دیدگاه متفاوتی به ارزیابی شرایط خود بپردازند، شدت واکنش‌های عاطفی خود را تغییر دهند و در مورد کنترل عواطف خود احساس کفایت نمایند و در نتیجه ناراحتی و تنیدگی عاطفی کمتری را تجربه کنند (صدری دمیرچی و همکاران، ۱۳۹۵).

به عبارت دیگر، استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان باعث می‌شود که فرد با نگاه و دیدگاه‌های متفاوتی به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی بپردازد. هیجان‌های منفی را با شدت کم‌تری تجربه کند، شدت واکنش‌های هیجانی نسبت به آنها را تغییر دهد و در مورد کنترل هیجانات خود احساس کفایت نماید و در نتیجه حساسیت به طرد کم‌تری را تجربه کند (هوایی، کاظمی، حبیب‌اللهی و ایزدخواه، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش حاضر نشان داد روان‌درمانی متمرکز بر هیجان با کاهش حساسیت به طردشدگی همراه است. در افرادی که حساسیت به طردشدگی بالا دارند، به شکلی مضطرب انتظار طرد شدن دارند، سریعاً نشانه‌های طرد را درک می‌کنند و به شدت نسبت به طرد شدن واکنش نشان می‌دهند. بخش مربوط به حساسیت در الگوی حساسیت به طرد به آگاهی فزون یافته فرد در رابطه با ادراک طرد احتمالی اشاره دارد (رومرو-کانیاس و همکاران، ۲۰۱۰).

برای تقلیل حساسیت به طردشدگی در جلسات روان‌درمانی متمرکز بر هیجان به ارزیابی میزان آسیب‌پذیری هیجانی و مهارت‌های هیجانی اعضا، پرداخته شد. در این بخش از جلسات، راجع به عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آنها، نقش هیجان‌ها در برقرار کردن ارتباط با دیگران و تأثیرگذاری روی آنها بحث شد و شرکت‌کنندگان خودارزیابی‌هایی با هدف شناسایی تجربه‌های هیجانی خود و آسیب‌پذیری هیجانی خود انجام دادند. در جلسات روان‌درمانی متمرکز بر هیجان، برای جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، اعضا در درجه اول به وجود میل به اجتناب از رویارویی با موقعیت‌های ایجادکننده هیجان منفی در خودشان اذعان می‌کنند و نقش این اجتناب و انزوا در افزایش هیجان منفی را می‌پذیرند. در نهایت لزوم مقابله کردن با میل به اجتناب و انزوا را پذیرفته و بدین منظور برنامه‌ای را طرح‌ریزی می‌شود (گراس، ۲۰۰۸). بدین ترتیب،

میزان حساسیت به طرد در نوجوانان دارای والد معتاد کاهش یافت. با تکیه بر نتایج این پژوهش می‌توان گفت روان‌درمانی متمرکز بر هیجان راهکاری برای کاهش حساسیت به طردشدگی برای نوجوانان دارای والد معتاد است؛ بنابراین می‌تواند از سوی مشاوران و روان‌شناسان مورد استفاده قرار گیرد.

نتایج پژوهش حاضر موید آن بود روان‌درمانی متمرکز بر هیجان در نوجوانان دارای والد معتاد باعث می‌شود که آنان با آگاهی از هیجان‌ات و استفاده درست پذیرش آنها و ابراز هیجان‌ات، مخصوصاً هیجان‌ات مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی خویش را کاهش دهند و توانایی بیشتری برای کنترل هیجان داشته باشند. با توجه به اینکه برخی مشکلات روان‌شناختی در نوجوانان دارای والد معتاد زیاد بوده و نیازمند برنامه‌ریزی و توجه ویژه مسئولین به این امر است، لذا شناخت این مسائل روان‌شناختی در نوجوانان دارای والد معتاد و مداخلات به موقع در این زمینه با آموزش‌های مناسبی همچون آموزش تنظیم هیجان، می‌تواند گام بسیار مهمی در تأمین سلامت روحی و روانی این قشر آینده‌ساز باشد.

هر پژوهشی در کنار بدیع بودن و داشتن نقاط قوت، دارای برخی محدودیت‌های روش‌شناختی نیز می‌باشد. البته باید توجه داشت که محدودیت‌های پژوهش به معنی نارسایی پژوهش در مراحل تدوین، اجرا، تحلیل و تبیین نتایج نمی‌باشد. به عبارت دیگر، از زاویه روش‌شناختی محدودیت‌های اعمال شده بیانگر توانمندی پژوهش است، چون پژوهشگر در مرحله مقدماتی و تدوین طرح با توجیه‌های علمی و منطقی مطلوب به انجام

۱۴۷

آنها همت می‌گمارد. در پژوهش حاضر هم برخی محدودیت‌ها به شرح زیر وجود داشت:

این پژوهش صرفاً بر روی نوجوانان دارای والد معتاد انجام شده است و تعمیم نتایج به سایر اقشار دارای شرایط مشابه و همچنین سایر گروه‌ها می‌بایست با احتیاط صورت گیرد. این پژوهش صرفاً به بررسی اثربخشی روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی روان‌شناختی نوجوانان دارای والد معتاد در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال شهر تهران پرداخته است و سنین بالاتر یا دیگر نواحی جغرافیایی را در بر نمی‌گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم بررسی عوامل مداخله‌کننده‌ای است که می‌تواند بر احساس تنهایی و حساسیت به طردشدگی روان‌شناختی نوجوانان دارای والد معتاد تأثیرگذار باشد. برای مثال می‌توان به اثرات وضعیت اجتماعی - اقتصادی، مشکلات روان‌شناختی سایر اعضای خانواده بر این گروه از نوجوانان دارای والد معتاد اشاره کرد. به منظور بررسی اثر بلندمدت برنامه درمانی اجرا شده پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی دوره پیگیری نیز اجرا شود. با توجه به اینکه در این پژوهش، متغیرهای مورد بررسی صرفاً به صورت پرسشنامه‌ای بررسی شده است، در صورتی که این سنجش با سایر روش‌ها مانند روش مصاحبه همراه شود، بطور یقین به کسب نتایج منسجم‌تر و مستحکم‌تری می‌انجامد. از آنجا که پژوهش حاضر صرفاً بر روی نوجوانان دارای والد معتاد انجام شده است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این روش بر روی سایر

اقشار جامعه بطور همزمان اجرا شود و نتایج دو گروه مورد مقایسه قرار گیرد. پیشنهاد دیگر این است که نتایج این پژوهش بر روی سایر گروه‌های سنی با مشکلات مشابه اجرا شود تا اثربخشی این برنامه برای سایر گروه‌های سنی نیز مورد تأیید قرار گیرد.

یافته‌های پژوهش حاضر موید آن بود روان‌درمانی متمرکز بر هیجان بر کنترل عاطفی، نشخوار فکری و حساسیت به طردشدگی نوجوانان دارای والد معتاد موثر بوده است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد: روش‌درمانی مزبور در مراکز مشاوره دانشجویی، مراکز خدمات روان‌شناختی دولتی و خصوصی توسط متخصصین بهداشت روانی استفاده شود. به منظور پیشگیری از مشکلات احتمالی، برنامه‌های آموزشی براساس عناصر این روش تهیه و در مدارس و دانشگاه‌ها اجرا شود. پیشنهاد می‌شود مسئولین سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیشتر از پیش در جریان نقش و اهمیت مهارت‌های تنظیم هیجان قرار بگیرند و دوره‌هایی مطابق با مدل مداخلاتی در محیط‌های درمانی جهت ارتقا سلامت روانی نوجوانان دارای والد معتاد برگزار کنند. به سایر افرادی که دارای مشکلات روان‌شناختی مشابه هستند پیشنهاد می‌شود با انجام تمرینات منظم آموزش‌های اجرا شده در این پژوهش، تغییرات مثبتی در برخی از کارکردهای روان‌شناختی منفی مانند نشخوار فکری و حساسیت به طردشدگی روان‌شناختی ایجاد کنند.

فهرست منابع

فارسی:

- ۱- بساک‌نژاد، سودابه و غفاری، مجید (۱۳۸۶)، «رابطه بین ترس از بدریختی بدنی و اختلالات روان‌شناختی در دانشجویان»، **مجله علوم رفتاری**، دوره ۱، ش ۲.
- ۲- بگیان کوله مرز، محمد و دیگران (۱۳۹۳)، «مقایسه نارسایی هیجانی و کنترل عواطف در سوء‌مصرف کنندگان مواد و افراد سالم»، **فصلنامه اعتیادپژوهی**، دوره ۸، ش ۲۹.
- ۳- پاکیزه، علی و نظری، مریم (۱۳۹۴)، «بررسی تاثیر آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان یاسوج»، **مجله توسعه آموزش جندی شاپور**، دوره ۶، ش ۲.
- ۴- رحمانی، مریم و دیگران (۱۳۹۵)، «بررسی رابطه تنهایی با بروز رفتارهای پرخطر در نوجوانان شهر بجنورد»، **مجله بهداشت و توسعه**، دوره ۵، ش ۴.
- ۵- رضایی آدریانی، مرتضی و دیگران (۱۳۸۶)، «مقایسه میزان افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی دانشجویان دختر و پسر مقیم خوابگاه‌های دانشجویی»، **مجله پژوهش پرستاری**، دوره ۲، ش ۴.
- ۶- زارع، حسین و سلگی، زهرا (۱۳۹۱)، «بررسی رابطه راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان»، **مجله پژوهش در سلامت روان‌شناختی**، دوره ۶، ش ۳.
- ۷- ساسان‌پور، مهشید و عزیزی، امیر (۱۳۹۶)، «همبستگی ناگویی خلقی با راهبردهای مثبت تنظیم‌شناختی هیجان در زندانیان»، **فصلنامه طب انتظامی**، دوره ۶، ش ۳.
- ۸- صالحی، اعظم و دیگران (۱۳۹۱)، «تاثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس و رفتار درمانی دیالکتیک، بر علائم مشکلات هیجانی»، **مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان**، ش ۱۴.
- ۹- صدری دمیرچی، اسماعیل و دیگران (۱۳۹۵)، «اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تنظیم‌شناختی هیجان، احساس تنهایی و صمیمیت اجتماعی زنان دارای همسر معتاد»، **فصلنامه مددکاری اجتماعی**، دوره ۵، ش ۱۷.
- ۱۰- عطادخت، اکبر و دیگران (۱۳۹۶)، «نقش ازخودبیگانگی تحصیلی و احساس تنهایی در پیش‌بینی گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر»، **فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد**، دوره ۴، ش ۱۴.
- ۱۱- علامه، عاطفه (۱۳۹۶)، «مقایسه احساس تنهایی و پیند با مدرسه در دانش‌آموزان پسر دارای رفتارهای پرخطرانه و عادی»، **فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی**، دوره ۱۲، ش ۴۶.
- ۱۲- نجفی کلیانی، مجید و دیگران (۱۳۹۲)، «بررسی استرس، اضطراب و افسردگی و خودپنداره در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی فسا در سال ۱۳۸۶»، **مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا**، دوره ۳، ش ۳.
- ۱۳- نوری‌زاده میرآبادی، مریم و دیگران (۱۳۹۶)، «اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب»، **مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری**، دوره ۲، ش ۱۰.

۱۴- نیکبخت نصرآبادی، علیرضا (۱۳۹۵)، «تجربه زندگی با همسر معتاد: یک مطالعات پدیدارشناسی»، *مجله پژوهش پرستاری*، دوره ۱۱، ش ۲۴.

لاتین:

- 15- Ahmadi, E and others (2014). Studying the relation between job satisfaction and degree of job exhaustion of personnel. *Advances in Environmental Biology*, 2151-2155.
- 16- Aldao, A and others (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- 17- Aldao, A and others (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 263-278.
- 18- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, (5th ed), USA Arlington: American Psychiatric Pub.
- 19- Biebel, K and others (2018). Strategies to Support the Education Goals of Youth and Young Adults with Serious Mental Health Conditions: A Case Study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-11.
- 20- Bjureberg, J and others (2017). Emotion regulation individual therapy for adolescents with nonsuicidal self-injury disorder: a feasibility study. *BMC psychiatry*, 17(1), 411.
- 21- Dickstein, Daniel and others (2015). Self-harm among adolescent suicide attempters versus those engaged in nonsuicidal self-harm. *Journal of child psychology and psychiatry*, 56(10), 1127-1136.
- 22- Dunham, G (2008). *Emotion Skills Falnes and Marital Satisfaction Unpublished Doctoral Dissertation*. University of okran, 53-68.
- 23- Eather, Narelle and others (2016). Effects of exercise on mental health outcomes in adolescents: Findings from the CrossFit™ teens randomized controlled trial. *Psychology of Sport and Exercise*, 26, 14-23.
- 24- Giletta, M and others (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry research*, 197(1), 66-72.
- 25- Gifford, E and others (2015). Intergenerational effects of parental substance-related convictions and adult drug treatment court participation on children's school performance. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(5), 452.
- 26- Gross, J (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. *Journal of Cognitive Neuroscience* :3-20
- 27- Gross, J and others (2011). Cognition and emotion lecture at the 2010 SPSP Emotion Preconference: Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition & Emotion*, 25(5), 765-781.

- 28- Horigian, V and others (2015). The effects of Brief Strategic Family Therapy (BSFT) on parent substance use and the association between parent and adolescent substance use. *Addictive behaviors*, 42, 44-50.
- 29- Jiloha, R (2010). Biological basis of tobacco addiction: Implications for smoking-cessation treatment. *Indian journal of psychiatry*, 52(4), 301.
- 30- Kaess, M and others (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, 206(2), 265-272.
- 31- Kieling, Christian and others (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525 .
- 32- Klonsky (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological medicine*, 41(9), 1981-1986.
- 33- Kumar (2019). *Research methodology: A step-by-step guide for beginners*. Sage Publications Limited.
- 34- Valdes, B and others (2019). Social support, loneliness, depressive symptoms, and high-risk sexual behaviors of middle-aged hispanic men who have sex with men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 30(1), 98-110.
- 35- Laloyaux, J and others (2015). Evidence of contrasting patterns for suppression and reappraisal emotion regulation strategies in alexithymia. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(9), 709-717.
- 36- Lamis, D and others (2014). Loneliness and Suicidal Ideation in Drug -Using College Students. *Suicide and life-threatening behavior*, 44(6), 629-640.
- 37- Macaskill, A. (2018). Undergraduate mental health issues: the challenge of the second year of study. *Journal of Mental Health*, 1-8.
- 38- Maxfield, Band others (2017). Impulsivity and Response Latency in Non-Suicidal Self-Injury: *The Role of Negative Urgency in Emotion Regulation*. *Psychiatric Quarterly*, 1-10.
- 39- Mennin, D and others (2018). A Randomized Controlled Trial of Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder with and without Co-Occurring Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- 40- Timulak, L & Keogh, D (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 1-13.
- 41- O'Day, E and others (2019). Social anxiety, loneliness, and the moderating role of emotion regulation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(9), 751-773.
- 42- Nock, M. K (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current directions in psychological science*, 18(2), 78-83.

- 43- Ouzir, M & Errami, M (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 148, 59-68.
- 44- Pisani, A and others (2013). Emotion regulation difficulties, youth–adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *Journal of youth and adolescence*, 42(6), 807-820.
- 45- Pisetsky, E and others (2017). Associations between emotion regulation difficulties, eating disorder symptoms, non-suicidal self-injury, and suicide attempts in a heterogeneous eating disorder sample. *Comprehensive psychiatry*, 73, 143-150.
- 46- Rather, Y and others (2013). Socio-demographic and clinical profile of substance abusers attending a Regional Drug De-addiction Centre in Chronic Conflict Area: Kashmir, India. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 20(3), 31.
- 47- Ricciardi, L and others (2015). Alexithymia in neurological disease: a review. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 27(3), 179-187.
- 48- Rice, T (2015). Emotion regulation and adolescent suicide: a proposal for physician education. *International journal of adolescent medicine and health*, 27(2), 189-194.
- 49- Robert T (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression Violent Behav*, 2012; 17 (1).
- 50- Rönkä, A and others (2013). Associations of deliberate self-harm with loneliness, self-rated health and life satisfaction in adolescence: Northern Finland Birth Cohort 1986 Study. *International journal of circumpolar health*, 72(1), 21085. ۱۵۲
- 51- Rosenbaum, Simon and others (2015). Physical activity interventions: an essential component in recovery from mental illness. *British journal of sports medicine*, 49(24), 1544-1545.
- 52- Sharaf, Amira and others (2016). Perception of parental bonds and suicide intent among Egyptian adolescents. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 29(1), 15-22.
- 53- Shurts, W and others (2012). Relationships Among Young Adults' Marital Messages Received, Marital Attitudes, and Relationship Self-~~Efficacy~~ *Journal*, 11(2), 97-111.
- 54- Silvers, J and others (2012). Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. *Emotion*, 12(6), 1235.
- 55- Sleuwaegen, E and others (2017). The relationship between non-suicidal self-injury and alexithymia in borderline personality disorder: "Actions instead of words". *Comprehensive Psychiatry*.
- 56- Solis, J and others (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current drug abuse reviews*, 5(2), 135-147.

- 57- Szczygiel D and others (2012). Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Personality and Individual Differences*, 52(3):433-7.
- 58- vander, VeldeAleman (2014). Alexithymia influences brain activation during emotion perception but not regulation. *Social cognitive and affective neuroscience*, 10(2), 285-293.
- 59- Vanhalst, J (2012). The interplay of loneliness and depressive symptoms across adolescence: Exploring the role of personality traits. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(6), 776-787.
- 60- Velotti, P and others (2015). Emotion dysregulation mediates the relation between mindfulness and rejection sensitivity. *Psychiatra Danubina*, 27(3), 0-272.
- 61- White, S and others (2014). Social-cognitive, physiological, and neural mechanisms underlying emotion regulation impairments: Understanding anxiety in autism spectrum disorder. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 39, 22-36.
- 62- Zerkowicz, R and others (2017). Social exposure and emotion dysregulation: Main effects in relation to nonsuicidal self-injury. *Journal of adolescence*, 60, 94-103.
- 63- Zhang, H and others (2017). A study of the characteristics of alexithymia and emotion regulation in patients with depression. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 29(2), 95.
- 64- Zohrabian, A & Philipson, T (2010). External costs of risky health behaviors associated with leading actual causes of death in the US: a review of the evidence and implications for future research. *International journal of environmental research and public health*, 7(6), 2460-2472.