



**The effectiveness of emotion-focused therapy on the dark triangle
of personality, high-risk sexual behaviors, and behavioral
activation / inhibitory brain systems (BAS / BIS) in adolescents**

Rozbeh Shirooyeh , Behnood Khorsand Nobahar

Abstract

Background and Aim: More than any other group, adolescents engage in a wide range of risky behaviors that can be costly for them, their families, and their communities. High-risk behaviors are potentially destructive behaviors that individuals commit intentionally or unaware of adverse individual and social consequences. In other words, high-risk behaviors are behaviors that endanger people's health and well-being. High-risk behaviors include a range of behaviors.

The main purpose of this study was the effectiveness of emotion-focused therapy on the dark triangle of personality, high-risk sexual behaviors and behavioral activation / inhibitory systems (BAS / BIS) in adolescents referred to DIC centers in Tehran. **Methods:** The research method was quasi-experimental and the design used was pre-test post-test with a control group. The statistical population of the study included adolescents referring to vulnerability reduction centers and night shelters in Tehran in the second 6 months of 1399. Using the available sampling method, 30 people were selected and randomly divided into experimental and control groups. Each group (15 people) were assigned. The measuring instruments were the Short Dark Traits of Personality Questionnaire (Johnson and Webster, 2010), the High-Risk Sexual Behaviors Questionnaire (Zarei et al., 2010) and the Inhibition / Behavioral Activation System Scale (Carver and White, 1994). Emotion-focused therapy was performed on the experimental group for 8 sessions of 90 minutes. **Results:** The results of multivariate analysis of covariance showed that emotion-focused therapy had an effect on reducing the three dark symptoms of personality disorder, high-risk sexual behaviors, and behavioral activation / inhibition systems. **Conclusion:** The high sensitivity of the BAS, fun seeking and reward response increases the likelihood of risky behaviors associated with them. Thus, emotion-focused therapy is effective on high-risk behaviors and behavioral activation / inhibition systems.

Received: 11.02.2022

Revision: 24.04.2022

Acceptance: 06.06.2022

Keywords:

*Behavioral inhibition,
Dark personality triad,
Behavioral activator,
High-risk sexual
behaviors, Emotion-
focused therapy*


How to cite this article:

Shirooyeh, R. Behnood Khorsand Nobahar, B. The effect of Shahnameh reading on aggression, social skills and national identity of Adolescents. *Bi-Quarterly Journal of studies and psychological news in adolescents and youth*, 2022, 2(2): 89-100

Article type

Original research

1 Rozbeh Shirooyeh, Department of Psychology, Khatam University, Tehran, Iran, **2. Behnood Khorsand Nobahar**, Department of Psychology, Khatam University, Tehran, Iran.

 Correspondence related to this article should be addressed to **Rozbeh Shirooyeh**, Department of Psychology, Khatam University, Tehran, Iran

Email: r.shirooyeh@khatam.ac.ir

اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر سه‌گانه تاریک شخصیت، رفتارهای پرخطر جنسی و سیستم‌های مغزی فعال‌ساز / بازداری رفتاری (BAS/BIS) در نوجوانان

روزبه شیرویه[✉]، بهنود خرسند نوبهار

چکیده

زمینه و هدف: نوجوانان بیش از هر گروه دیگری درگیر دامنه وسیعی از رفتارهای پرخطر می‌شوند که می‌تواند بهای گزافی را برای آن‌ها، خانواده و جامعه همراه داشته باشد. رفتارهای پرخطر رفتارهای بالقوه مخربی هستند که افراد به‌طور ارادی و یا بدون اطلاع از پیامدهای نامطلوب فردی و اجتماعی، مرتکب آن می‌شوند. به‌عبارت‌دیگر، رفتارهای پرخطر رفتارهایی هستند که سلامت و بهزیستی افراد را در معرض خطر قرار می‌دهند. رفتارهای پرخطر طیفی از رفتارها را در برمی‌گیرد. هدف اصلی این پژوهش اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر سه‌گانه تاریک شخصیت، رفتارهای پرخطر جنسی و سیستم‌های فعال‌ساز/ بازداری رفتاری (BAS/BIS) در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز DIC شهر تهران بود. روش پژوهش: روش این پژوهش نیمه تجربی و طرح مورداستفاده نیز پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب‌گذری و سرپناه شبانه شهر تهران در ۶ ماه دوم سال ۱۳۹۹ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزارهای اندازه‌گیری پرسشنامه کوتاه صفات تاریک شخصیت (جانسون و وبستر، ۲۰۱۰)، پرسشنامه رفتارهای پرخطر جنسی (زارعی و همکاران، ۱۳۸۹) و مقیاس سیستم‌های بازداری/فعال‌ساز رفتاری (کارور و وایت، ۱۹۹۴) بودند، همچنین برنامه درمانی متمرکز بر هیجان به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش نشانه‌های سه‌گانه تاریک شخصیت، رفتارهای پرخطر جنسی و سیستم‌های فعال‌ساز/ بازداری رفتاری تأثیر داشته است. نتیجه‌گیری: حساسیت بالای افراد در BAS، جستجوی سرگرمی و پاسخ به پاداش با افزایش احتمال وقوع رفتارهای پرخطر در آن‌ها همراه است؛ از این‌رو درمان متمرکز بر هیجان بر رفتارهای پرخطر و سیستم‌های فعال‌ساز/ بازداری رفتاری مؤثر است.

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۲

اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۰۴

پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۳/۱۶

واژه‌های کلیدی:

بازداری رفتاری، سه‌گانه تاریک شخصیت، فعال‌ساز رفتاری، رفتارهای پرخطر جنسی، درمان متمرکز بر هیجان

نحوه ارجاع دهی به مقاله:

شیرویه، ر.، خرسند نوبهار. ب (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر سه‌گانه تاریک شخصیت، رفتارهای پرخطر جنسی و سیستم‌های مغزی فعال‌ساز/ بازداری رفتاری (BAS/BIS) در نوجوانان. دو فصلنامه مطالعات و تازه‌های روان‌شناختی نوجوان و جوان، ۲(۲): ۸۹-۱۰۰

نوع مقاله:

پژوهشی اصیل

۱. روزبه شیرویه، دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران؛ ۲. بهنود خرسند نوبهار، دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به روزبه شیرویه دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران می‌باشد.

پست الکترونیکی: r.shirooyeh@khatam.ac.ir

مقدمه

دوره نوجوانی از حساس‌ترین و سرنوشت‌سازترین مراحل زندگی فرد و دوره‌ی گذر از کودکی به بلوغ و بزرگسالی است. نوجوانی دوره‌ای سرشار از تغییرات و چالش‌ها است که با آگاهی افراد در این دوره می‌توان زمینه پیشرفت را ایجاد کرد و چالش‌ها را به فرصت بهینه برای پیشرفت تبدیل نمود (ایزپیتارت، آدرتون، زنگ، آلونسو اربیول و رویینزا، ۲۰۱۹). در دوره نوجوانی افزایش شدید اطلاعات اجتماعی و هیجانی ممکن است موجب ایجاد حساسیت به هیجانات دیگران شود، از این رو نوجوان ممکن است برای فرار از این هیجانات رفتارهای پرخطر بسیاری را انجام داده و درگیر گروه‌های پرخطر شوند (اکالز، لورد و باچانان، ۱۹۹۶). از جمله عواملی که می‌تواند منجر به بروز نابهنجاری‌های رفتاری در نوجوانان شود و در این پژوهش به آن پرداخته شده است می‌توان به سه‌گانه تاریک شخصیت^۳ (ماکیاولیسم^۴، جامعه‌ستیزی^۵ و خودشیفتگی^۶)، رفتارهای پرخطر جنسی^۷ و سیستم‌های مغزی فعال‌ساز/ بازداری رفتاری^۸ (BAS/BIS) اشاره کرد.

اولین عامل مؤثر در گرایش به رفتارهای پرخطر، عوامل روان‌شناختی است که یکی از مهم‌ترین آن‌ها ویژگی‌های شخصیتی افراد است (مختارنیا، محمدی، حبیبی و میرزایی-فر، ۱۳۹۵). یکی از مفاهیم نسبتاً جدید در این حوزه سه-گانه تاریک شخصیت^۹ است که با عنوان روان‌شناسی جیمزباند^{۱۰} شناخته می‌شود (جانسون و وبستر^{۱۱}، ۲۰۱۰). این ویژگی‌های شخصیتی که توسط پاپولاس و ویلیامز^{۱۲} (۲۰۰۲)، معرفی و مفهوم‌سازی شده است، عبارت‌اند از ماکیاولیسم^{۱۳}، خودشیفتگی^{۱۴} و جامعه‌ستیزی^{۱۵} که به دلیل داشتن ابعاد مشترکی مانند ماهیت اجتماعی نامطلوب (رادمن^{۱۶}، ۲۰۱۲)، خودمحوری و فریب‌کاری (رادمن و

کولار^{۱۷}، ۲۰۱۳؛ جانز و ویسر^{۱۸}، ۲۰۱۴)، دورویی، سردی هیجانی، پرخاشگری و خوداغراقی (برجسته کردن یا اغراق در توانایی‌های خود) (شری، هویت، بسر، فلت و کلین^{۱۹}، ۲۰۰۶)، در یک خوشه مفهومی قرار گرفتند. صفات ویژگی‌های شخصیتهی ماکیاولیسم، خودشیفتگی و جامعه‌ستیزی در افراد قانون‌شکن فراوانی بیشتری دارند و پیش‌بینی‌کننده قدرتمندی برای رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخطر هستند (کاستلانا^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۴؛ نتلند و مینر^{۲۱}، ۲۰۱۲؛ میکائیلی‌منیع، صالحی و احمدی خویی، ۱۳۹۶؛ پیلینگ، بون و ایجن^{۲۲}، ۲۰۱۴؛ نظری، دودکانلوی میلان، خطیب و باد نصرت‌آباد، ۱۳۹۶).

متغیر دیگر مورد بررسی در این پژوهش رفتارهای پرخطر جنسی است. رفتارهای پرخطر جنسی یکی از رفتارهای پرخطر آسیب‌زا در نوجوانان، است که در ۳۰/۴ درصد نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر مشاهده می‌شود (رشید، ۱۳۹۴). رفتار جنسی پرخطر، رفتارهای جنسی هستند که به منظور افزایش لذت جنسی از تعدد شریک جنسی تا عدم استفاده از وسایل جلوگیری را شامل می‌شود (لیو^{۲۳} و همکاران، ۲۰۱۵). نوجوانانی که از خانه فرار می‌کنند و یا به‌گونه‌ای درگیر روابط پرخطر می‌شوند به احتمال بیشتری رفتارهای جنسی پرخطر را با شرکای جنسی پرخطر برقرار می‌کنند (ایبنو، واهجونی و دوی^{۲۴}، ۲۰۲۰).

متغیر دیگر مورد بررسی در این پژوهش سیستم‌های مغزی فعال‌ساز/ بازداری رفتاری است. تغییرات تحولی در کنترل شناختی اخیراً به‌عنوان یکی از حوزه‌های آسیب‌شناسی دوران نوجوانی مورد توجه قرار گرفته است (واندن ویلدنبرگ و واندرمولن^{۲۵}، ۲۰۰۴). اختلالات روانی مانند فزون‌کنشی (پنادز، کاتالان، روبیا، آندرس، سالامرو و گاستو^{۲۶}، ۲۰۰۵) به‌عنوان یکی از تغییرات تحولی در حوزه شناختی مطرح

14. Narcissism
 15. Anti-socialism
 16. Rauthmann
 17. Kolar
 18. Jones & Wisser
 19. Sherry, Hewitt, Besser, Flett & Klein
 20. Castellana
 21. Netland & Miner
 22. Pailing, Boon & Egan
 23. Liu
 24. Ibnu, Wahjuni & Devy
 25. Van den Wildenberg & van der Molen
 26. Penades, Catalan, Rubia, Andres, Salamero & Gasto

1. Aizpitarte, Atherton, Zheng, Alonso-Arbiol & Robins
 2. Eccles, Lord & Buchanan
 3. Dark character trilogy
 4. Machiavellianism
 5. Anti-socialism
 6. Narcissism
 7. High-risk sexual behaviors
 8. Behavioral Activation / Inhibition Brain Systems
 9. Dark Triad of personality
 10. James Bond psychology
 11. Jonason, Webster & Schmitt
 12. Paulhus & Williams
 13. Machiavellianism

بهبود یابند (گرینبرگ^{۱۰}، ۲۰۱۰). امروزه در این زمینه، توافقی گسترده وجود دارد که فعال‌سازی و پردازش هیجان در ایجاد تغییرات روان‌درمانگری مهم است. درمان متمرکز بر هیجان به شیوه مؤثری توانایی محوریت دادن به هیجان‌ها و تمرکز بر آن‌ها را دارد (شاملی، مهرابی زاده هنرمند، نعامی و داودی، ۱۳۹۷). این روش درمانی اساس ساختار روانی و تعیین‌کننده کلیدی برای سازمان‌دهی خود است (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۰۸). در درمان متمرکز بر هیجان، تغییر هیجان در منشأ و درمان مشکلات بیماران در نظر گرفته می‌شود (جلالی، ۱۳۹۷). این روش یکی از معدود مدل‌های درمانی است که ماهیتاً تلفیقی از رویکرد درمانی مراجع‌محور، گشتالت‌درمانی و اصول شناختی را شامل می‌شود و به‌عنوان رویکردی ساختاری-تجربی در فعالیتهای روان‌درمانی و نظریه‌های روانشناختی معاصر مطرح است (اسلون^{۱۱}، ۲۰۰۴). راهنمای درمان متمرکز بر هیجان در سه مرحله شناسایی هیجان^{۱۲}، تنظیم هیجان^{۱۳} و اقدامات رفتاری^{۱۴} انجام می‌شود. در قسمت شناسایی هیجان سعی می‌شود که ارتباط بین هیجان‌ها و تجربه‌های نادیده گرفته‌شده با علائم بیماری برای بیماران تفهیم شود. درمانگر در این مرحله سعی می‌کند بیمار را به بیان کلامی احساس خود نسبت به تجاربش ترغیب نماید و فضای روانی لازم جهت برون‌ریزی احساسات را فراهم نماید. در مرحله تنظیم هیجان از تکنیک‌های عملی مانند تکنیک‌های آموزش تن آرامی استفاده می‌شود تا احساس کنترل هیجان‌های منفی در بیماران و اطمینان به بهبودی افزایش یابد. در مرحله سوم که بر اساس اصل تغییر بر اساس تغییر هیجان است. درمانگر از بیمار می‌خواهد فعالیت‌هایی که به‌طور طبیعی لذت‌بخش هستند را فهرست کرده و بر اساس عملی بودن آن‌ها تعدادی از آن‌ها را انتخاب کند و در زمانی که دچار احساسات منفی هستند از آن‌ها استفاده کنند (خیری، میر مهدی، آکوچکیان، حیدری و آل یاسین،

هستند. کنش‌های اجرایی به کنش‌های شناختی و خودنظم‌جویی عالی مغز اشاره دارد که موجب هماهنگی اعمال و رفتار می‌شود (کارلسون^۱، ۲۰۰۵). برخی کنش‌ها عبارت‌اند از کنترل بازداری و فعال‌سازی و سازماندهی رفتاری (موراسچ و آنبل^۲، ۲۰۱۰). گری^۳ با مطالعه دستگاه‌های مغزی درگیر انواع رفتار و تجربه‌های ذهنی-هیجانی بیان کرد که هیجان‌ها از طریق بخش‌های مختلفی از مغز تنظیم می‌شود (گری و مکناتن^۴، ۲۰۰۰). گری دستگاه درگیر در انواع هیجان‌های مثبت را دستگاه گرایش و دستگاه درگیر در اضطراب را دستگاه بازداری رفتاری یا توقف نامیده است (هان، درسلا، آن کریستین، میکایل و پلیچتا و همکاران^۵، ۲۰۰۹). گری در نظریه حساسیت نسبت به تقویت^۶ سه سیستم مغزی رفتاری به نام‌های سیستم بازداری رفتاری (BIS)، سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS) و رفتار جستجوی پاداش^۷ را مطرح می‌کند که احساس غرور و امید به پاداش به‌رغم خطر یا تهدید موجود مشکل از دو مؤلفه روی‌آوری و اجتناب فعال است که این سیستم وظیفه حل تعارض را به عهده دارد (کارل، همینگوی، باور، آمن، هوتون و دورکین^۸، ۲۰۰۶). میزان و غلبه این سیستم‌ها در افراد مختلف متفاوت است (گری و مکناتن، ۲۰۰۰). شخصیت‌های ضداجتماعی از جمله دختران فراری، یا نظام بازداری ضعیفی دارند و یا بیش‌واکنشی نظام فعال‌ساز رفتاری در آن‌ها به شکلی عمل می‌کند که حساسیت نظام بازداری را در این افراد مختل می‌سازد (کامرانی‌فکور و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۹۳). مطالعه درزمینه^۹ کاهش هیجان‌های منفی، مبتنی بر بررسی اثربخشی درمان‌های گوناگون بوده است. باوجوداین، درمانی که مستقیماً با هیجان‌ها سروکار دارد و اخیراً برای فائق آمدن بر مشکلات هیجانی استفاده می‌شود، درمان متمرکز بر هیجان^۹ است که در آن به بیماران کمک می‌شود به‌واسطه افزودن به دانش هیجان‌هایشان و کار کردن با آن‌ها (نه مقابله با هیجان‌ها) تغییر کنند و

8 . Carroll, Hemingway, Bower, Ashman, Houghton & Durkin
9. Emotion-focused therapy
10. Greenberg
11. Sloan
12. Excitement identification
13. Excitement regulation
14. Behavioral actions

1. Carlson
2. Morasch & Ann Bell
3. Gray
4. McNaughton
5. Hahn, Dresler, Ann-Christine, Michael & Plichta
6. Reinforcement
7. Reward

دسترس است و با این روش تعداد ۳۰ نفر از نوجوانان مراجعه کننده به مراکز کاهش آسیب انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه بدون هیچ گونه مداخله ای (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. نوجوانان دارای شرایط سنی ۱۳ تا ۱۸ سال به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. میانگین سن شرکت کنندگان ۱۴/۶۸ و انحراف معیار سنی آن‌ها ۱/۳۵ بود. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: قانون‌گریزی، دزدی و مصرف مواد مخدر. ملاک خروج از پژوهش نیز عدم همکاری با پژوهشگر و عدم تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه می‌باشد و آموزش به کاررفته در این پژوهش عبارت‌اند از: درمان متمرکز بر هیجان بود.

پرسشنامه کوتاه صفات تاریک شخصیت^۴ (DTDD): جانسون و وبستر^۵ (۲۰۱۰)، مقیاس کوتاه صفات تاریک شخصیت را معرفی کردند. این مقیاس شامل سه زیر مقیاس ماکیاولیسم، جامعه‌ستیزی و خودشیفتگی است. این مقیاس شامل دوازده گویه است؛ در این پرسشنامه هر یک از مؤلفه‌های صفات تاریک شخصیت با ۴ گویه سنجیده می‌شود و در قالب یک مقیاس هفت‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷)، ارزیابی می‌شود. جانسون و وبستر (۲۰۱۰)، همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ، بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۷ گزارش کردند. یوسفی و پیری (۱۳۹۵)، این پرسشنامه را ترجمه و هنجاریابی کردند و ضرایب همسانی درونی پرسشنامه به شیوه محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های خودشیفتگی، ماکیاولیسم، جامعه‌ستیزی و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۲، ۰/۶۸ و ۰/۷۶ گزارش کردند و ضریب باز آزمایی پرسش‌نامه به فاصله دو هفته برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۵ و برای عامل خودشیفتگی، ماکیاولیسم و جامعه‌ستیزی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۶۶ به دست آمده است. پژوهش قمرانی و همکاران (۱۳۹۴) به منظور هنجاریابی پرسش‌نامه صفات تاریک شخصیت انجام گرفته بود و ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، خرده مقیاس

(۱۳۹۸). پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در کاهش علائم هیجانی نابهنجار در برخی اختلالات روانی است (شاملی و همکاران، ۱۳۹۷). در مجموع، اکثر پژوهش‌ها نشان می‌دهد مداخله‌های مربوط به درمان متمرکز بر هیجان بر نشانه‌های بالینی و اجتناب شناختی (عابدی شرق، آهوان، دوستیان، اعظمی و حسینی، ۱۳۹۵؛ خیری و همکاران، ۱۳۹۸)، سبک‌های تنظیم هیجانی و ابراز هیجان (شاملی، مهرابی زاده هنرمند، نعمی و داودی، ۱۳۹۷؛ احمدی بجستانی، اصغری ابراهیم‌آباد، کیمیایی و صلایانی، ۱۳۹۷)، افزایش مهارت‌های اجتماعی - هیجانی (اسمری برده زرد، رسولی و اسکندری، ۱۳۹۶؛ قربان‌پور و بیابانیان، ۱۳۹۳؛ ستوده ناورودی، نیک‌نام و فتاحی اندبیل، ۱۳۹۹)، انطباق‌پذیری و صمیمیت عاطفی (ستوده ناورودی و همکاران، ۱۳۹۹)، کاهش پرخاشگری (فرهنگیان، میهن‌دوست و احمدی، ۱۳۹۹؛ دیاموند، شاهر، سابو و تسویلی^۱، ۲۰۱۶)، سلامت عمومی (فرهنگیان و همکاران، ۱۳۹۹) و مشکلات مربوط به اختلالات شخصیتی و رفتاری (مکنالی، تیاملوآک و گرینبرگ^۲، ۲۰۱۴؛ پوس^۳ و گرینبرگ، ۲۰۱۲) مؤثر است. به همین دلیل این روش درمانی از سوی پژوهشگران حوزه سلامت مورد توجه قرار گرفته است.

با توجه به پژوهش‌های فوق و با توجه به اینکه نوجوانان با بحران‌های متفاوتی در دوره رشد خود مواجه می‌شوند و مشکلات رفتاری نوجوانان عاملی است که موجب آسیب به فرد و جامعه می‌شود، این پژوهش باهدف بررسی «اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر سه‌گانه تاریک شخصیت، رفتارهای پرخطر جنسی و سیستم‌های مغزی فعال‌ساز/بازداری رفتاری (BAS/BIS) در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز DIC شهر تهران» انجام گرفته است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و طرح مورد استفاده نیز پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب گذری و سرپناه شبانه شهر تهران در ۶ ماهه دوم سال ۱۳۹۹ بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت در

4. Dark Triad Dirty Dozen
5. Jonason & Webster

1. Diamond,Shahar, Sabo & Tsvieli
2. McNally & Timulak
3. Pos

(گویه‌های ۲، ۸، ۱۳، ۱۶، ۱۹، ۲۲ و ۲۴) را به‌وسیله خرده مقیاس حساسیت به تنبیه و فعالیت سیستم فعال سازی رفتاری را به‌وسیله سه خرده مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش (گویه‌های ۴، ۷، ۱۴، ۱۸ و ۲۳)، سابق (گویه‌های ۳، ۹، ۱۲ و ۲۱) و جستجوی سرگرمی (گویه‌های ۵، ۱۰، ۱۵ و ۲۰) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. آزمودنی‌ها به این سؤالات در مقیاس لیکرت (کاملاً درست=۴، کاملاً نادرست=۱) پاسخ می‌دهند. ثبات درونی بازداری رفتاری ۰/۷۲ و روایی افتراقی آن با اضطراب ۰/۵۵ گزارش شده است (بشرپور، ۱۳۹۴). ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های بازداری و فعال‌سازی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۱ گزارش شده است (بشرپور، ۱۳۹۴). همچنین ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این مقیاس در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (بشرپور، ۱۳۹۴). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش مجدی و همکاران (۱۳۹۸)، ۰/۷۳ به دست آمد. کارور و وایت (۱۹۹۴)، ثبات درونی زیر مقیاس بازداری رفتار را ۰/۷۴ و ثبات درونی زیر مقیاس فعال‌سازی رفتاری را ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ پرسشنامه برای مقیاس‌های بازداری رفتار ۰/۷۱ و برای فعال‌سازی رفتاری ۰/۸۰ به دست آمده است.

روش مداخله

این مطالعه شامل یک گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. مداخله برای گروه آزمایش درمان متمرکز بر هیجان به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود

ماکیاولیسم، خودشیفتگی و جامعه‌ستیزی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۹۲، ۰/۶۸ و ۰/۴۰ به دست آمده است. همچنین در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ به دست آمده برای این پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمده است.

پرسشنامه رفتارهای پرخطر جنسی^۱: این پرسشنامه دارای ۱۰ گویه است و توسط زارعی و همکاران (۱۳۸۹) تهیه شد. نمره‌گذاری پرسشنامه به این صورت است که هشت سؤال اول به صورت مستقیم و با طیف لیکرت از ۰ تا ۴ و دو پرسش پایانی به صورت معکوس و از ۰ تا ۳ متغیر است. نمره کل، نمره رفتارهای پرخطر شخص را مشخص می‌کند، به گونه‌ای که هر چه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده میزان بیشتر رفتارهای پرخطر جنسی او است. این پرسشنامه میزان رفتارهای پرخطر جنسی را در ابعاد عدم استفاده از کاندوم، مصرف مواد مخدر حین رابطه، شرکای جنسی زیاد، روابط جنسی غیر معمول (دهانی و مقعدی)، موردسنجش قرار می‌دهد. پایایی پرسشنامه به روش باز آزمایی ۰/۶۸ محاسبه شده است و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ است (زارعی و همکاران، ۱۳۸۹). در پژوهش لرکی و همکاران (۱۳۹۳)، آلفای کرونباخ جهت سنجش پایایی از روش همسانی درونی ۰/۸۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۸۵ است.

مقیاس سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری^۲ (BIS/BAS): این مقیاس توسط کارور و وایت^۳ (۱۹۹۴)، به منظور ارزیابی تفاوت‌های فردی در حساسیت سیستم‌های بازداری و فعال‌سازی رفتاری توسعه یافت (بشرپور، ۱۳۹۴). این مقیاس دارای ۲۴ گویه است که فعالیت سیستم بازداری رفتاری

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر هیجان

محتوای جلسات	-
برقراری ارتباط، اجرای پیش‌آزمون، توضیح درباره ماهیت هیجانات، عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها از لحاظ توانایی تمرکز بر تجربیات درونی خود	اول
هدف جلسه دوم درمان شناسایی ناراحتی‌ها، غم و رنجش‌های حل‌نشده و همچنین شناسایی احساس‌های متناقض، دوگانه و انتقادی درباره خود و اشخاص مهم و تأثیرگذار در زندگی	دوم
قرار دادن آزمودنی‌ها در موقعیت گفتگوی صندلی خالی به منظور گفتگو با اشخاص تأثیرگذار مهم زندگی خود باهدف ایجاد شرایط در جهت بروز تجربیات معمولاً ناخوشایند هیجانی در بافت ارتباطی و خانوادگی	سوم

چهارم	اجرای تکنیک آرام‌سازی، به‌منظور کاهش اثر تجربه درماندگی آزمودنی‌ها و یادگیری نیازها و احساسات آن‌ها
پنجم	شناسایی روش‌های آزمودنی‌ها برای درهم شکستن احساس ناکافی بودن و یاددهی کنترل احساسات
ششم	توصیف و گفتگو درباره حالت صدا، بروز میزان ناراحتی، خشم و درد آزمودنی‌ها و پذیرش هیجان‌ها و انتقاد مثبت
هفتم	آموزش فرایند انتقال احساس ناامیدی، خشم و شرم آزمودنی‌ها، افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات جنبه‌های مهم زندگی
هشتم	جمع‌بندی نکات مطرح‌شده جلسات قبلی، مروری بر مهارت‌های ارائه‌شده و ارائه نمونه‌هایی از کیفیت روابط بین فردی در زندگی افراد برای تحکیم یادگیری این مهارت‌ها و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

ادامه و در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها مطرح شده است.

نوجوانان دارای شرایط سنی ۱۳ تا ۱۸ سال به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند؛ از این رو میانگین سن شرکت‌کنندگان ۱۴/۶۸ و انحراف معیار سنی آنها ۱/۳۵ بود. در

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیر در گروه‌های پژوهش

درمان متمرکز بر هیجان	گروه گواه		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ماکیاولیسم	۱۴/۲۲	۱/۱۹	۱۳/۶۶	۱/۱۸	۲۲/۹۹	۲/۲۳
جامعه‌ستیزی	۱۴/۳۶	۱/۷۱	۱۴/۰۴	۱/۰۷	۲۱/۸۸	۳/۰۷
خودشیفتگی	۱۳/۳۸	۱/۱۴	۱۴/۳۴	۱/۹۶	۲۲/۴۶	۲/۴۴
رفتارهای پرخطر جنسی	۲۲/۰۹	۱/۰۶	۲۱/۰۵	۱/۰۷	۲۲/۳۵	۲/۹۸
فعال‌ساز رفتاری	۴۵/۱۳	۵/۳۴	۴۵/۲۴	۵/۲۵	۴۸/۴۸	۶/۵۴
بازداری رفتاری	۹/۱۵	۱/۸۵	۸/۹۸	۱/۴۳	۱۰/۱۴	۱/۹۲

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین گروه گواه در پیش‌گروه آزمایش در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته است.

و پس‌آزمون تغییر محسوسی نداشته است ولی میانگین

جدول ۳. نتایج بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون

منبع	متغیر	مجموعه مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P
گروه* پیش‌آزمون ماکیاولیسم*	پس‌آزمون ماکیاولیسم	۲/۲۱۷	۲	۱/۱۰۴	۱/۷۶۸	۰/۱۸۵
جامعه‌ستیزی*	پس‌آزمون جامعه‌ستیزی	۴/۲۵۴	۲	۲/۱۳۳	۱/۴۷۳	۰/۲۶۱
خودشیفتگی* بازداری رفتاری*	پس‌آزمون خودشیفتگی	۱۶/۲۳۲	۲	۸/۱۰۶	۲/۲۲۸	۰/۱۴۶
	پس‌آزمون فعال‌ساز رفتاری	۶۱/۵۱۸	۲	۳۰/۷۵۵	۴/۱۶۵	۰/۰۶
	پس‌آزمون بازداری رفتاری	۷/۸۶۸	۲	۳/۹۲۲	۱/۵۲۶	۰/۲۵۶

فعال‌ساز	رفتاری* رفتارهای	پس‌آزمون	رفتارهای	۳/۰۶۷	۲	۱/۵۳۷	۰/۷۶۵	۰/۴۸۶
پرخطر جنسی		پرخطر جنسی						

واریانس‌ها در ماکیاولیسم با معناداری ۰/۱۸، جامعه‌سنجی ۰/۲۴، خودشیفتگی ۰/۱۹، فعال‌ساز ۰/۲۳ و بازداری رفتاری ۰/۰۸ و رفتارهای پرخطر جنسی ۰/۱۶ رعایت شده است و این امر پایایی نتایج بعدی را مورد تأیید قرار می‌دهد و بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری بلامانع است.

طبق جدول ۳، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون به دلیل این که تعامل بین گروه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون در متغیرهای پژوهش بالاتر از سطح آلفا ۰/۰۵ به دست آمده است؛ بنابراین از مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون تخلفی نشده است، پس استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی شرط برابری

منبع	مجموعه	Df	میانگین	F	P	اندازه
	مجدورات		مجدورات			اثر
گروه	پس‌آزمون ماکیاولیسم	۱	۹۰/۸۱۳	۱۳۶/۵۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴
	پس‌آزمون جامعه‌سنجی	۱	۴۷/۳۷۴	۳۱/۵۶۵	۰/۰۰۰	۰/۵۸۸
	پس‌آزمون خودشیفتگی	۱	۴۷/۷۷۷	۱۱/۷۴۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴۷
	پس‌آزمون فعال‌ساز رفتاری	۱	۱۲۸/۰۵۲	۱۳/۴۵۹	۰/۰۰۲	۰/۳۶۸
	پس‌آزمون بازداری رفتاری	۱	۲۴/۹۶۷	۹/۲۶۹	۰/۰۰۴	۰/۲۸۶
	پس‌آزمون رفتارهای پرخطر جنسی	۱	۳۹/۸۶۳	۲۰/۲۵۶	۰/۰۰۰	۰/۴۶۸

پژوهش با یافته‌های پژوهشی شاملی و همکاران (۱۳۹۷)، خیری و همکاران (۱۳۹۸) و فرهنگیان و همکاران (۱۳۹۹)، همسو است که نشان دادند درمان متمرکز بر هیجان بر رفتارهای پرخطر جنسی مؤثر است. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که درمان متمرکز بر هیجان بر سیستم‌های مغزی فعال‌ساز/بازداری رفتاری مؤثر است و با پژوهش‌های فرهنگیان و همکاران (۱۳۹۹)، دیاموند و همکاران (۲۰۱۶)، عابدی شرق و همکاران (۱۳۹۵)، خیری و همکاران (۱۳۹۸) و مک‌نالی و همکاران (۲۰۱۴) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، نقص در آگاهی هیجانی با رفتارهای پرخطر و مشکل‌ساز مرتبط است (دیاموند و همکاران، ۲۰۱۶)؛ از این رو افرادی که دارای مشکلات شخصیتی همچون ماکیاولیسم، جامعه‌سنجی و خودشیفتگی هستند به دلیل خشم و رفتارهای خصمانه‌ای که نسبت به دیگران دارند و هیجانات پرخاشگرانه‌ای که در ارتباط با دیگران دارند به آن‌ها آسیب می‌زند. از این جهت با

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد با کنترل اثر پیش‌آزمون درمان متمرکز بر هیجان بر سه‌گانه تاریک شخصیت، رفتارهای پرخطر جنسی و سیستم‌های مغزی فعال‌ساز/بازداری رفتاری در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز DIC شهر تهران مؤثر است و فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر باهدف بررسی درمان متمرکز بر هیجان بر سه‌گانه تاریک شخصیت، رفتارهای پرخطر جنسی و سیستم‌های مغزی فعال‌ساز/بازداری رفتاری در نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز DIC شهر تهران انجام شد. نتایج پژوهش‌های حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان بر سه‌گانه تاریک شخصیت مؤثر است و از این نظر با پژوهش‌های اسمری برده زرد و همکاران (۱۳۹۶)، قربان‌پور و بیابانیان (۱۳۹۳)، ستوده‌ناوردی و همکاران (۱۳۹۹)، دیاموند و همکاران (۲۰۱۶) مک‌نالی و همکاران (۲۰۱۴) و پوس و گرینبرگ (۲۰۱۲) همسو است. همچنین نتایج این

در نظر گرفتن این نکته که محوریت درمان متمرکز بر هیجان بر آشکار شدن و آگاهی هیجانی است؛ از این رو، با به کارگیری این روش درمانی، افراد با علائم مشکل ساز از تنش های رو به فزونی رفتارهای پرخطر و هیجانی خودآگاه می شوند که در پی کسب آرامش احتمالی ناشی از فارغ شدن از افکار مزاحم رخ می دهد از این رو سه گانه های تاریک شخصیت از بار هیجانی منفی آن ها کاسته می شود و به نوعی شخصیت فرد با این تعادل سازی هیجانی متعادل تر می شود. رفتارهای پرخطر جنسی نیز به عنوان نوعی رفتار که در اثر مواجهه هیجان مدار با تنش ها رخ می دهد می تواند در اثر بروز واکنش های هیجانی کنترل نشده در افراد منجر به ایجاد مشکلات رفتاری شود، به همین جهت افراد درگیر در این گونه مشکلات هیجانی نیز نیازمند مدیریت صحیح هیجانی می باشند؛ که در درمان با تمرکز بر هیجان سعی در کاهش این مشکلات هیجانی این افراد نموده و نمرات پس آزمون در این پژوهش گویای کاهش این علائم در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه می باشد. محوریت درمان متمرکز بر هیجان بر آشکار شدن و آگاهی هیجانی است؛ از این رو، با به کارگیری این روش درمانی، افراد دارای مشکل در تنظیم هیجان که به عبارتی با انواع رفتارهای پرخطر همچون رفتارهای پرخطر جنسی از تنش های روبه فزونی رفتارهای آسیب زا خودآگاه می شوند؛ در حالی که تا پیش از آن به واسطه استفاده از راهبردهای سرکوب و اجتناب، فرایند بیزاری هیجانی در این افراد موج می زد (پوس و گرینبرگ، ۲۰۱۲). از این رو، دور از انتظار نیست که درمان متمرکز بر هیجان، اثربخشی معنی داری بر کاهش شدت رفتارهای پرخطر جنسی داشته باشد. یکی از اهداف درمان متمرکز بر هیجان، کار روی فرآیندهای زیربنایی و هیجان های ناخوشایند به وسیله آگاهی و بیان درست تجربیات درونی هیجان ها است تا از این طریق تحمل کردن آن ها یاد گرفته شود و تنظیم هیجانی گردد و این تجربیات در قالب کلمات، معنا و انعکاس، نمادگذاری شوند تا بتوان با برچسب مجدد، هیجان های سالمی را فعال نمود که با نیازها و اعمال مربوط با آن مرتبط شوند. این عمل می تواند در نتیجه سیستم های فعال ساز رفتاری در افراد را که در نتیجه مواجهه با تنش در حد بالایی فعال می کند کاهش دهد و سیستم بازداری رفتاری در افراد را به واسطه تعدیل

هیجان ها افزایش دهد تا افراد نوعی آگاهی از هیجان را تجربه کنند و واکنش هیجانی به پیشامدها نشان ندهند از این رو موجب کاهش مشکلات سیستم های فعال ساز/بازداری رفتاری در افراد می شوند. مدیریت هیجان ها فرد را قادر می سازد تا برای مواجهه شدن با هیجان های منفی از یک الگوی وفق دهنده که کمتر باعث بروز مشکلات سلامت روان می شود استفاده کنند که این امر موجب کاهش سطح فعال ساز رفتاری-هیجانی می گردد. در روش درمانی متمرکز بر هیجان، افراد با روش های شناختی از هیجان های مثبت و منفی شان آشنا شده و آگاهی هیجانی خود را افزایش می دهند. در این روش افراد با توجه به هیجان های مثبت و تفکر در مورد آن ها، بازبینی و کنترل خلق مثبت و ارزیابی مجدد هیجان های مثبت و منفی به کاهش خلق منفی کمک می کنند. پذیرش حالت های هیجانی به جای پرهیز و بازداری هیجان ها و تعدیل حالت های هیجانی به مدیریت هر چه بیشتر خلق کمک می کند و از این رو مشکلات مرتبط با هیجان ها و رفتارها را در افراد کاهش می دهد (مکنالی و همکاران، ۲۰۱۴).

پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت ها است که باید هنگام تفسیر و تعمیم دهی به گروه های دیگر در نظر داشت. از محدودیت های این پژوهش می توان به این موارد اشاره نمود: این مطالعه بر روی نوجوانان مراجعه کننده به مراکز گذری کاهش آسیب شهر تهران انجام گرفته و پیشنهاد می شود در پژوهش های پیش رو بر روی سایر گروه های آسیب پذیر یا آسیب دیده دیگر نیز صورت گیرد، همچنین در پژوهش حاضر با استفاده از پرسشنامه داده های پژوهش جمع آوری شدند و امکان کنترل سایر عوامل مانند تحصیلات، درآمد خانواده و سابقه رفتارهای پرخطر در سایر اعضای خانواده وجود نداشت و پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی از مصاحبه به عنوان شناخت عوامل مؤثر بر رفتارهای قانون-شکنانه و بزهکارانه استفاده شود و داده های پژوهش با استفاده از روش مصاحبه جمع آوری شوند. در مجموع، با توجه به یافته های به دست آمده و مرور پژوهش های گذشته لازم است مطالعات گسترده تری در این زمینه صورت گیرد تا بتوان آسیب های پیش رو را به میزان قابل توجهی کاهش داد.

تعارض منافع

پژوهش حاضر بدون هیچ‌گونه حمایت مالی از جانب سازمان خاصی صورت گرفته است و نتایج آن برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی ندارد

منابع

- احمدی بجستانی، بی‌بی سمیه؛ اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد؛ کیمیایی، سیدعلی؛ صلابانی، فایزه. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان (EFT) بر بهبود ابرازگری هیجانی و بهبود کنش‌وری جنسی زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *اندیشه و رفتار*، ۱۳ (۵۰)، ۴۷-۹۱. اسمری برده زرد، یوسف؛ رسولی، رویا؛ اسکندری، حسین. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش مهارت‌های اجتماعی هیجانی و کاهش افسردگی در دانش‌آموزان قلدر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۳ (۳)، ۷۷-۹۴.
- بشرپور، سجاد. (۱۳۹۴). *صفات شخصیت، نظریه و آزمون*. تهران: نشر ساوالان.
- خیری، بهناز؛ میر مهدی، سیدرضا؛ آکوچکیان، شهلا؛ حیدری، حسن؛ آل یاسین، سیدعلی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی. *شناخت اجتماعی*، ۲ (۱۶)، ۱۴۱-۱۶۴.
- رشید، خسرو. (۱۳۹۴). رفتارهای پرخطر در بین دانش‌آموزان نوجوان دختر و پسر شهر تهران. *فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی*، ۱۵ (۵۷)، ۵۵-۳۱.
- زارعی، فرشاد؛ خاکباز، حمید؛ کرمی، حوریه. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت خودآگاهی بر کاهش رفتارهای پرخطر ارتباط با جنس مخالف. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۴ (۱۵)، ۷۰-۶۳.
- ستوده ناورودی، سید امید؛ نیک‌نام، مزگان؛ فتاحی اندبیل، اعظم. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر پیوستگی، انطباق‌پذیری، صمیمیت عاطفی و کیفیت ارتباطی والدین بعد از تولد فرزند نخست. *سلامت روان کودک*، ۷ (۳)، ۱-۱۳.
- شاملی، لیلیا؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ نهامی، عبدالزهرا؛ داودی، ایران. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان، بر سبک‌های تنظیم هیجان و شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواسی اجباری.
- روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۴ (۴)، ۳۵۹-۳۶۹.
- عابدی شرق، نجمه؛ آهوان، مسعود؛ دوستیان، یونس؛ اعظمی، یوسف؛ حسینی، سپیده... (۱۳۹۵). اثربخشی درمان طرح‌واره درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرح‌واره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۷ (۲۷)، ۱۴۹-۱۶۳.
- فرهنگیان، سیمین؛ میهن‌دوست، زینب؛ احمدی، وحید. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کاهش پرخاشگری، استرس شغلی و سلامت عمومی در پرستاران. *مدیریت پرستاری*، ۹ (۴)، ۵۴-۶۳.
- قمرانی، امیر؛ صمدی، مریم؛ تقی‌نژاد، محدثه؛ شمسی، عبدالحسین. (۱۳۹۴). شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس شخصیت تاریک در دانشجویان. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۶ (۶)، ۷۳-۸۵.
- قربان‌پور، عباس؛ بیابانیان، مریم. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر هوش هیجانی و روابط بین فردی در بیماران کرونرقلبی بین سنین ۲۰ تا ۶۰ سال، دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی، تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.
- کامرانی فکور، شهربانو؛ رسول‌زاده طباطبایی، کاظم. (۱۳۹۳). مقایسه سیستم‌های مغزی رفتاری دختران فراری و عادی. *فصلنامه اطلاع‌رسانی*، ۸ (۳۱-۳۲).
- لرکی، منا؛ تفضلی، مهین؛ لطیف‌نژاد رودسری، رباب؛ شاکری، محمدتقی؛ بابایی، علی. (۱۳۹۳). بررسی نیازهای آموزشی درک شده زنان آسیب‌دیده در رابطه با رفتارهای پرخطر جنسی. *زنان، مامایی و زایمان*، ۱۷ (۱۳۰)، ۳۱-۲۱.
- میکائیلی منبع، فرزانه؛ صالحی، مجتبی؛ احمدی خوبی، شاهپور. (۱۳۹۶). سه‌گانه تاریک شخصیت در افراد مجرم و غیر مجرم: خودشیفتگی، ماکیاولیسم و جامعه‌ستیزی. *دو فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۵ (۱)، ۱۲۶-۱۱۳.
- مجدی، هادی؛ عطادخت، اکبر؛ حضرتی، شیوا؛ صبحی قراملکی، ناصر. (۱۳۹۸). مقایسه سیستم‌های مغزی / رفتاری و دشواری در تنظیم هیجان در دانشجویان با و بدون نشانگان بالینی اختلال اضطراب اجتماعی. *نشریه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷ (۱)، ۱۷۴-۱۶۵.

- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Psychotherapy*, 8(1), 32-42.
- Greenberg, L. S., Warwar, S. H., Malcolm, Warwar, S. H., Malcolm, W. M. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psycho education in facilitating forgiveness and letting go of emotion injuries. *Counseling Psychology*, 55(2), 185-196.
- Hahn, T., Dresler, T., Ehli, A. C., Plichta, M. M., Heinzl, S., Polak, T., ... & Fallgatter, A. J. (2009). Neural response to reward anticipation is modulated by Gray's impulsivity. *Neuroimage*, 46(4), 1148-1153.
- Ibnu, I. F., Wahjuni, C. U., & Devy, S. R. (2020). Narrative stories of high risk sexual behaviors among adolescents in Makassar City. *Journal of Public Health Research*, 9(2).
- Jonason, P., & Webster, G. (2010). "The Dirty Dozen: A Concise Measure of the Dark Triad". *Journal Psychological Assessment*, 22 (2), 420-432.
- Jones, D.N., & Wisser. D. (2014). Differential infidelity patterns among the Dark Triad.? *Journal Pers Indiv Differ*, 57, 20-24.
- Liu, G., Hariri, S., Bradley, H., Gottlieb, S. L., Leichter, J. S., & Markowitz, L. E. (2015). Trends and patterns of sexual behaviors among adolescents and adults aged 14 to 59 years, United States. *Sexually transmitted diseases*, 42(1), 20.
- McNally, S., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2014). Transforming emotion schemes in emotion focused therapy: A case study investigation. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(2), 128-149.
- Morasch, K. C., & Bell, M. A. (2009). Patterns of brain-electrical activity during declarative memory performance in 10-month-old infants. *Brain and Cognition*, 71(3), 215-222.
- Netland, J. D., & Miner, M. H. (2012). Psychopathy traits and parental dysfunction in sexual offending and general delinquent adolescent males. *Journal of sexual aggression*, 18(1), 4-22.
- Pailing, A., Boon, J., & Egan, V. (2014). Personality, the Dark Triad and violence. *Personality and Individual Differences*, 67, 81-86.
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2012). Organizing awareness and increasing emotion regulation: Revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. ناصری‌نیا، سجاد؛ برجعلی، محمود. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس و اضطراب در بیماران مبتلابه کرونا. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۰ (۳۹)، ۱۳۵-۱۵۵.
- نظری، الهام؛ دودکانلوی میلان، حمید؛ خطیب، عبدالهادی؛ هاشمی نصرت‌آباد، تورج. (۱۳۹۶). تجارب آسیب‌های دوران کودکی و رفتارهای پرخطر: نقش میانجی سه‌گانه تاریک شخصیت. *روانشناسی معاصر*، ۱۲، ۱۸۲۵-۱۸۲۸.
- یوسفی، رحیم؛ پیری، فائزه. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه دوجین کثیف. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی*، ۱(۱)، ۶۷-۷۶.
- Aizpitarte, A., Atherton, O. E., Zheng, L. R., Alonso-Arbiol, I., & Robins, R. W. (2019). Developmental precursors of relational aggression from late childhood through adolescence. *Child development*, 90(1), 117-126.
- Castellana, G. B., Barros, D. M. D., Serafim, A. D. P., & Busatto Filho, G. (2014). Psychopathic traits in young offenders vs. non-offenders in similar socioeconomic condition. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36(3), 241-244.
- Carroll, A., Hemingway, F., Bower, J., Ashman, A., Houghton, S., Durkin, K. (2006). Impulsivity in Juvenile Delinquency: Differences Among Early-Onset, Late-Onset, and Non-Offenders. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 519-529.
- Carlson S. M. (2005). Developmentally sensitive measures of executive function in preschool children. *Journal of Developmental Neuropsychology*, 28, 595-616.
- Diamond, G. M., Shahar, B., Sabo, D., & Tsvieli, N. (2016). Attachment-based family therapy and emotion-focused therapy for unresolved anger: The role of productive emotional processing. *Psychotherapy*, 53(1), 34.
- Eccles, J. S., Lord, S., & Buchanan, C. M. (1996). *School transitions in early adolescence: What are we doing to our young people?* In J. A. Graber, J. Brooks-Gunn, & A. C. Petersen (Eds.), *Transitions through adolescence: Interpersonal domains and context*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 251-284.
- Gray, J.A., & McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septohippocampal system*. New York: Oxford University, 53-98.

Journal of Personality Disorders, 26(1), 84-107.

- Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of research in personality*, 36(6), 556-563.
- Rauthmann, J. F. (2012). Towards multifaceted Machiavellianism: Content, factorial, and construct validity of a German Machiavellianism Scale. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 345-351.
- Rauthmann, J. F., & Kolar, G. P. (2013). Positioning the Dark Triad in the interpersonal circumplex: The friendly-dominant narcissist, hostile-submissive Machiavellian, and hostile-dominant psychopath?. *Personality and Individual Differences*, 54(5), 622-627.
- Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Besser, A., Flett, G. L., & Klein, C. (2006). Machiavellianism, trait perfectionism, and perfectionistic self-presentation. *Personality and individual differences*, 40(4), 829-839.
- Sloan, D. M. (2004). Emotion-focused therapy: An interview with Leslia Greenberg. *Contemporary Psychotherapy*, 34(2), 105-116.
- Van den Wildenberg, W.P.M., van der Molen, M.W. (2004). Developmental trends in simple and selective inhibition of compatible and incompatible responses. 6. Nigg, J.T. 2001. Is ADHD a disinhibitory disorder? *Journal of Psychological Bulletin*, 127, 571-598.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی