

اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری و خودکنترلی زنان شهر اصفهان

مرضیه امیریان^۱ و کاظم قجاوندی^{۲*}

پذیرش مقاله: 1399/06/13

اصلاح مقاله: 1399/06/03

دریافت مقاله: 1399/02/20

چکیده

هدف اصلی در این پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری و خودکنترلی زنان شهر اصفهان بوده است. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بوده است؛ جامعه مورد نظر در این پژوهش کلیه زنان شهر اصفهان بوده است که تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند؛ برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های خودکنترلی تانجی (۲۰۰۴)، و پرسشنامه انعطاف‌پذیری اسد بیگی (۱۳۹۳) استفاده شد؛ همچنین رفتار درمان هیجان‌مدار در هشت جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا گردید؛ نتایج نشان داد که، آموزش تحلیل رفتار درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری روانشناختی اثرگذار می‌باشد. بر اساس یافته‌های پژوهش، آموزش درمان هیجان‌مدار بر خودکنترلی اثرگذار می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان‌مدار، انعطاف‌پذیری، خودکنترلی

۱. کارشناسی ارشد گروه مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

مقدمه

بحث خودکنترلی است نتایج متعدد نشان داده است که خودکنترلی در زندگی و نوع رفتار افراد بشر بسیار حائز اهمیت بوده است. (مارسیا^۴، 2006)، این موضوع در بسیاری از ابعاد زندگی بشر مورد توجه است. بسیاری از مشکلات، معضلات و جنگ‌ها در طول تاریخ به این خاطر شکل گرفت که افراد قادر به مهار خویش نبوده و درباره‌ی مسائل بسیار جزئی با هم درگیر شده و قتل‌های بزرگ تاریخ نیز به خاطر فقدان خودکنترلی شکل گرفته است خودکنترلی با خود مهارگری، نظریه‌ای است که در سال 1990 توسط دو تن از دانشمندان علم روان‌شناسی به نام‌های گاتفردسون و هیرسچی ارائه محققان معتقد هستند. که والدین باید از همان دوران کودکی نسبت به رفتارهای خلاف کودکان خود عکس‌العمل نشان داده و آن‌ها را شناسایی کرده و تنبیه کنند. (جاکوبی^۵، 2016) تحقیقات نشان داده است که فرضیه‌ی گاتفردسون و هیرسچی درست بوده و هر کدام از والدین، در شکل‌گیری خودکنترلی ما مؤثر بوده و ما نمی‌توانیم جای هیچ‌کدام را با دیگری تعویض کنیم. بر اساس این فرضیه، خودکنترلی کودکان را تا سنین بین 8 تا 10 سال به راحتی می‌توان تغییر داده و بهبود بخشید ولی بعد از این سنین، دیگر خودکنترلی به شکل ثابتی رشد کرده و شکل می‌گیرد که تغییر آن را با مشکل مواجه می‌کند (بیور^۶، 2008) با تمام این توصیفات موضوع جالب دیگر این است که تحقیقات ثابت کرده‌اند که عوامل ژنتیکی، نقش بسیار بزرگی و واضحی در ثبات رفتارها و ویژگی‌های شخصیتی مانند خودکنترلی پایین دارند. (براون^۶، 2014).

در تعریف خودکنترلی می‌توانیم بگوییم که خودکنترلی مدیریت بر خویشتن است که انسان به واسطه‌ی آن خود را ملزم به انجام یا ترک برخی امور می‌کند (خاکپور و حسومی، 1393). خودکنترلی توانایی پیروی از درخواست معقول، تعدیل رفتار مطابق با موقعیت، با تأخیر انداختن ارضای یک خواسته در چارچوب پذیرفته شده‌ی اجتماعی، بدون مداخله

انعطاف‌پذیری جایگاهی ویژه در حوزه‌های روانشناسی تحولی، روانشناسی خانواده و بهداشت روانی دارد. روانشناسان انعطاف‌پذیری را یک فرآیند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار یا به عنوان شایستگی افراد در مواجهه با رویدادهای مصیبت‌بار تعریف کرده‌اند (هامیل^۱، 2003؛ به نقل از میردریکوند، شفیعی و حیدری راد، 1397).

انعطاف‌پذیری را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده‌اند، که این ارزیابی در موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند (تقی‌زاده و فرمانی، 1392). انعطاف‌پذیری فرد را قادر می‌سازد که در برابر فشارها، چالش‌ها، و سایر مسائل عاطفی و اجتماعی برخورد مناسب و کارآمد داشته باشد (رستمی، جهانگیرلو، سهرابی و احمدیان، 1395).

انعطاف‌پذیری روانشناختی به میزان تجربه‌پذیری فرد در مقابل تجارب درونی و بیرونی اطلاق می‌شود. این ویژگی شخصیتی در افراد مختلف به درجات متفاوتی وجود دارد و نوع واکنش افراد را در مقابل تجارب جدید معین می‌کند. انعطاف‌پذیری روانشناختی بیان می‌کند که انعطاف‌پذیری مستلزم توانایی برقراری ارتباط با لحظه حال و قدرت متمایزسازی خود از افکار و تجارب درون روانی است. افراد انعطاف‌پذیر درباره دنیای درونی و بیرونی کنجکاو هستند و زندگی آن‌ها از لحاظ تجربه غنی است. چون تجارب جدید را می‌پسندند و خواهان تجربه بیشتر هستند. آن‌ها نه تنها از مواجهه با تجارب درونی و بیرونی اجتناب نمی‌کنند، بلکه حتی گاهی به دنبال کسب تجربیات جدید می‌روند (والاس، مک‌کراکن، ویس، هاربک-ویر^۲، 2015).

یکی از مسائل مهم که انسان‌ها در بازه زمانی عمر خود از دیرباز با آن درگیر بوده و به شدت تحت تأثیر آن بوده‌اند.

^۴ Jacoby

^۵ beaver

^۶ Brown

^۱ Hamill

^۲ Wallace, McCracken, Weiss & Harbeck-Weber

^۳ Marcia.

شامل روش‌های مبتنی بر فعال کردن هیجان‌ات قوی اولیه است که در یک زمینه ارتباط همدلانه برقرار می‌شود؛ این نوع درمان همچنین اساساً ساختاری روانی و تعیین کننده کلیدی برای سازماندهی خودکنترلی است (نامنی و همکاران، 1396).

درمان هیجان‌مدار یکی از رویکردهای امروزی است که به عنوان یک درمان موثر بر افراد دچار آسیب مورد توجه واقع شده است. این درمان در دهه 1980 توسط جانسون^۲ و گرینبرگ^۳ معرفی شد؛ درمانگران هیجان‌مدار، روابط آشفته را نتیجه چالش و نبرد سخت همسران در چرخه‌های تعامل منفی که از نیازهای دلبستگی نامناسب همسران در رابطه ایجاد شده، می‌دانند. درمان هیجان‌مدار، بر تنظیم هیجان و عواطف منفی افراد آسیب دیده تأثیر می‌گذارد (آفاگدی، گل پرور، آقایی و خیاطان، 1397).

بنابراین با توصیف مطالب فوق، مساله اصلی پژوهش عبارت است از اینکه آیا آموزش مبتنی بر درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری و افزایش خودکنترلی زنان شهر اصفهان اثرگذار می‌باشد؟

روش پژوهش

جامعه آماری و نمونه‌های پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش از نوع نیمه آزمایشی است. طرح نیمه آزمایشی مورد استفاده در پژوهش طرح دو گروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با پیش‌آزمون - پس‌آزمون استفاده شده است. جامعه مورد نظر در این پژوهش کلیه زنان شهر اصفهان بوده است. روش نمونه‌گیری در دسترس بود به این شکل که 70 نفر از زنان مراجعه کننده به ادارات، پارک‌ها، فرهنگ سراها و... انتخاب و پرسشنامه‌ها در بین آنها توزیع می‌شود؛ از بین افرادی که نمره پایینی در انعطاف‌پذیری و خودکنترلی آوردند، 30 نفر به عنوان نمونه انتخاب می‌شوند و با گمارش تصادفی 15 نفر در گروه آزمایش و 15 نفر در گروه گواه قرار می‌گیرند. گروه آزمایش گروهی است که آزمایش بر

و هدایت مستقیم فردی دیگر تعریف شده است. اساس خودکنترلی توانایی فرد در کنترل ارادی فرایندهای درونی و برون دادهای رفتاری است. (کامرون^۱ و همکاران، 2016). به عبارت دیگر خودکنترلی مراقبتی درونی است که بر اساس آن وظایف محول شده انجام و رفتارهای ناهنجار و غیر قانونی ترک می‌شود. (زارع، 1384، به نقل از فاخته، 1396).

نتایج پژوهش (کوباسا، مدی و کان، 1982، به نقل از علی بیگی، 1383) در این مورد نشان داد افرادی که احساس می‌کردند وقایع را در کنترل خویش دارند، کار و زندگی آنها با هم درآمیخته است و هنگام مواجهه با تغییر و دگرگونی، واکنش مناسب و مثبت ابراز می‌کردند و از کسانی که چنین نگرشی نداشتند سالم‌تر بودند. سین هاوینز (2000) نشان داد که افرادی که از خود کنترلی و حمایت اجتماعی بالا برخوردارند، کمتر تحت تأثیر اثرات استرس زای محیطی‌های پر ازدهام قرار می‌گیرند. (به نقل از ترابی، سالومه سادات، 1390).

محققان و روانشناسان درمان‌های مختلفی برای اثربخشی بر انعطاف‌پذیری و خودکنترلی ارائه شده است؛ اما در این پژوهش به دنبال اثربخشی روش هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری و خودکنترلی زنان می‌باشیم؛ درمان هیجان‌مدار (EFT) از روش‌های درمانی است که کمک به افراد برای اصلاح روابط نامناسب و تنش‌زا را نشان داده است و رشد و توسعه‌ی آن منتهی به دربرگیری هیجان‌ات و دلبستگی در افراد تحت درمان گردیده است (میرزازاده، احمدی و فاتحی زاده، 1390).

درمان متمرکز بر هیجان یکی از محدود مدل‌های درمانی است که ماهیتاً تلفیقی از رویکردهای درمانی مراجع محور، گشتالت درمانی و اصول شناختی را شامل می‌شود و هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند. درمان متمرکز بر هیجان هم به صورت فردی و هم گروهی برای اختلال افسردگی، کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری و عملکردهای انطباقی موثر است و

^۲ Greenberg

^۱ Cameron

^۳ Johnson

است. همچنین در پژوهش بهادری و خانجانی (1396) نیز مورد تأیید قرار گرفته است؛ در این پژوهش نیز میزان آلفای کورنباخ 0/88 بدست آمده است.

2. پرسشنامه انعطاف‌پذیری. این پرسشنامه دارای 12 سوال در طیف لیکرت می‌باشد. حداقل امتیاز ممکن 12 و حداکثر 60 خواهد بود، نمره بین 12 تا 20: میزان انعطاف‌پذیری شناختی در حد پایینی می‌باشد. نمره بین 20 تا 40: میزان انعطاف‌پذیری شناختی در حد متوسطی می‌باشد. نمره بالاتر از 40: میزان انعطاف‌پذیری شناختی در حد بالایی می‌باشد. در پژوهش اسد بیگی (1393) روایی پرسشنامه، از طریق سنجش روایی صوری و محتوایی 0/91 به دست آمد. در روایی صوری و محتوایی، ظاهر، کمیت و کیفیت سوالات از نظر خبرگان متخصص مورد بررسی قرار می‌گیرد. پرسشنامه تحقیق حاضر، به رویت استاد راهنما و استاد مشاور رسید و بعد از بررسی توسط ایشان مورد تأیید قرار گرفت. قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه‌گیری هر آنچه اندازه می‌گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه‌گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می‌دهد (سرمد و حجازی، 1390). در پژوهش اسد بیگی (1393) برای اطمینان از پایایی مولفه‌های پرسشنامه از روش محاسبه آلفای کورنباخ برای یک نمونه‌گیری اولیه شامل 30 پرسشنامه استفاده شده و سپس با استفاده از داده‌های بدست آمده به کمک نرم افزار SPSS میزان پایایی 0/79 پرسشنامه محاسبه گردید.

3. درمان هیجان‌مدار. در این پژوهش درمان هیجان‌مدار براساس پروتکل جانسون (۲۰۰۴) است و در 9 جلسه 90 دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شده است. خلاصه محتوای جلسات درمان هیجان‌مدار به شرح زیر است.

روی آن صورت می‌گیرد؛ در حالی که برای گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای وارد نمی‌شود. مداخله در مرکز مشاوره انجام شد. ملاک‌های ورود عبارت است از: تمایل برای انجام پژوهش، رضایت همسران برای شرکت در پژوهش، سن 20 تا 50 سال، عدم ابتلا به بیماریهای شدید جسمانی که مانع از حضور در جلسات مداخله شود، عدم شرکت در سایر مداخلات روانشناختی. ملاک‌های خروج عبارت است از: عدم همکاری در جریان پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه. نتایج به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکنندگی برای ارایه وضعیت متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش استفاده شد. در سطح استنباطی نیز از آزمون‌های بررسی پیش‌فرض‌ها (کولموگروف - اسمیرنوف و آزمون لوین توزیع طبیعی نمرات) و تحلیل کواریانس استفاده شد. کلیه‌ی تحلیل‌های آماری با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه 22 انجام شد.

ابزار پژوهش

1. پرسشنامه خودکنترلی. این پرسشنامه توسط تاجیو همکاران (12004) طراحی شده است؛ پرسشنامه دارای 36 سوال می‌باشد؛ پاسخ‌های 36 عبارت در یک طیف لیکرت 5 درجه‌ای گرفته شده است که دارای سه خرده‌مقیاس خودتقویتی، خودارزیابی و خودنظارتی می‌باشد. در پژوهش حاضر به منظور محاسبه اعتبار پرسشنامه خودکنترلی هیجانی، ضریب آلفای کورنباخ برای بررسی هماهنگی درونی سؤالات کل پرسشنامه برای آزمودنی‌ها محاسبه شد. ضرایب آلفای کورنباخ محاسبه شده برابر با 0/81 است که نشانگر همسانی درونی بسیار خوب سؤالات پرسشنامه خودکنترلی

جدول 1. محتوای جلسات درمان هیجان‌مدار براساس پروتکل جانسون (2004)

جلسه اول	۱. اعضای گروه، تمرین‌هایی با هدف آشنایی با یکدیگر انجام دادند. از جمله، نوعی بازی با اسامی یکدیگر که می‌تواند فرصتی برای آشنایی بیشتر اعضا با هم را فراهم کند. این بازی شامل سه مرحله است: در مرحله اول اعضای گروه، به صورت دایره نشسته و هر کدام به نوبت اسم کوچک خود را می‌گویند. در مرحله دوم، هر نفر ابتدا نام عضو قبلی و بعد نام خودش را می‌آورد و به همین ترتیب
----------	---

هر عضو سعی دارد نام دیگر اعضای گروه را بیاموزد. در مرحله سوم، هر یک از اعضا در مورد خودش و راجع به ویژگی‌های مثبت خود گفتگو می‌کنند.

۲. در ابتدا راجع به اهداف تشکیل گروه صحبت شد. پس از آن، افراد فهرستی از هدف‌های فردی خود نوشته و آن را درجه بندی کرده و پس از آن به نوبت راجع به آن گفتگو کردند.

تکلیف: از افراد خواسته شد، در طول هفته آینده اگر به دلیل رخداد خاصی یا فکر کردن به یک رخداد، در یک حالت هیجانی (غم، نگرانی، ترس، تنفر، احساس گناه و...) درگیر شدند آن را در یک دفتر یادداشت کرده و در جلسه بعد یادداشت‌های خود را با دیگر اعضا در میان بگذارند.

جلسه دوم

بخش اول: در آغاز، تکلیف جلسه قبل مرور شد. اعضا تجربه‌های هیجانی خود را با همدیگر در میان گذاشتند. این تجربه‌ها در چند بعد طبقه بندی شد: کدام رویداد برانگیزاننده ی این حالت هیجانی بود؟ این رویداد خاص منجر به بروز چه تغییرات بدنی خاصی در شما شد؟ چه تغییراتی در حالت چهره ی شما ایجاد شد؟ و چه رفتاری در نتیجه ی آن حالت هیجانی داشتید؟ در نهایت موفقیت‌های اعضا مورد تشویق و تصدیق قرار گرفت.

بخش دوم: راجع به چستی هیجان گفتگویی بین اعضا داشتیم. هر یک از آنان تعریف خاص خود از هیجان را ارائه داده و در نهایت به یک تعریف واحد رسیدیم. انواع هیجانها (ترس، خشم، غم، شادی، نگرانی و...) چه مثبت و چه منفی شمرده شده و ابعاد هر هیجان معرفی گردید. همچنین برای ثبت هیجانها کارت یادداشت روزانه تهیه شد. هر عضو یک کارت دریافت کرد.

بخش سوم: فرصتی فراهم شد که اعضا چند هیجان اصلی را تجربه کنند. آن‌ها در حین تجربه ی حالت هیجانی به تفکیک ابعاد بدنی، ذهنی و احساسی هر هیجان پرداختند و برای نمونه، یکی از خانه‌های کارت یادداشت روزانه ی خود را تکمیل نمودند.

تکلیف: اعضای گروه ملزم به ثبت هیجان‌هایی شدند که در طول هفته ی آینده احتمالاً تجربه می‌کنند. این بار، این هیجان‌ها باید با توجه به ابعاد چندگانه ی خود (رویداد برانگیزاننده، تغییرات بدنی، حالت چهره و تمایلات برای عمل) ثبت شوند.

جلسه سوم

بخش اول: در آغاز، تکلیف جلسه قبل مرور شد. اعضای گروه کارت‌های تکمیل شدهی گزارش روزانه ی خود را با یکدیگر در میان گذاشتند و در نهایت موفقیت‌های اعضا مورد تشویق و تصدیق قرار گرفت.

بخش دوم: 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.

همچنین در مورد اینکه هیجانها اطلاعاتی راجع به یک رویداد خاص یا محیط به ما می‌دهند، اما در عین حال کاملاً واقعیت را نشان نمی‌دهند صحبت شد.

بخش سوم: تکمیل فرم خود-ارزیابی پاسخ‌های هیجانی. قبل از تکمیل این فرم، فضای کارگاه به گونه‌ای برنامه ریزی شد که اعضا در یک حالت هیجانی قرار بگیرند و بعد از تجربه هر هیجان، بلافاصله به تکمیل بخش مربوط به پاسخ افراد به آن هیجان خاص پردازند. در این فرم، از اعضای گروه خواسته شد که هیجان‌هایی را که معمولاً تجربه می‌کنند به ترتیب فهرست کنند، وضعیت خود را از لحاظ تجربه ی هیجان خشم، ترس و نگرانی، غم، تنفر و شادی در مقیاس ۰ تا ۱۰ درجه بندی کنند، سطح برانگیختگی هیجانی خود را نسبت به شدت رویداد برانگیزاننده هیجان و زمان پایان یافتن برانگیختگی خود نسبت به زمان پایان یافتن رویداد (منبع هیجانی) را ارزیابی کنند.

بخش چهارم: تکمیل فرم آسیب‌پذیری هیجانی. در این بخش از اعضا خواسته شد، با توجه به کارت‌های روزانه ی تکمیل شده در هفته‌های قبل، سطح آسیب‌پذیری هیجانی خود را درجه بندی کنند، راجع به زمینه و علت آسیب‌پذیری خود نظر دهند، برنامه خواب، خوراک و فعالیت خود را از لحاظ کمیت، کیفیت و منظم یا نامنظم بودن، ارزیابی کنند.

بخش پنجم: شناسایی راهبردهای تنظیمی خود. این بخش شامل دو فعالیت بود:

الف) در ادامه تکمیل فرم ارزیابی واکنش‌های افراد به هیجان‌ات، روش‌هایی که در کاهش شدت و طول پاسخ هیجانی فرد موثر بوده اند، معرفی و میزان تاثیر این روش‌ها درجه بندی شدند.

ب) هر یک از افراد به تهیه ی فهرست مهارت‌های فردی خود در تسکین و تنظیم هیجان‌ات پرداخته و این فهرست را براساس میزان تاثیر روی پاسخ‌های هیجانی خود درجه بندی کردند.

تکلیف: از اعضای گروه خواسته شد، در طول هفته ی آینده، به تکمیل فرم گزارشات روزانه هیجان‌های خود بپردازند. با این تفاوت که در این هفته، روی مهارت‌های فردی خود در تغییر و تنظیم هیجان‌اتشان تمرکز داشته باشند. به علاوه به این سوال پاسخ دهند که از بین مهارت‌های تنظیم هیجانی که معمولاً به کار می‌برند، کدام یک در بهبود عملکرد هیجانی آن‌ها مفید بوده است.

جلسه چهارم

دستور جلسه: دستورالعمل‌های جلسه عبارت بودند از فهرست کردن اهداف فردی، اجتماعی و رابطه‌ای. بررسی روابط خود با اطرافیان، شناسایی موقعیت‌های فردی و بین فردی که باید بهبود یابند و تهیه ی فهرستی از فعالیتهای مثبت. آموزش مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکلات بین فردی.

بخش اول: تکالیف جلسه ی قبل (تکمیل کارت‌های روزانه) و فرم‌های درجه بندی میزان آسیب‌پذیری فرد در موقعیت‌های مختلف مرور شدند و هر یک از اعضا در مورد تجربه ی خاص خود و تاثیر نوع موقعیت و میزان و نظم خواب، تغذیه و فعالیت روی درجه ی آسیب‌پذیریشان گفتگو کردند و در نهایت موفقیت‌های اعضا مورد تشویق و تصدیق قرار گرفت.

بخش دوم: 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 داشتند و نقش این اجتناب و انزوا در افزایش هیجان منفی را پذیرفتند. در نهایت لزوم مقابله کردن با میل به اجتناب و انزوا را پذیرفته و بدین منظور برنامه‌ای را طرح‌ریزی کردند.

بخش سوم: در ابتدا از اعضا خواسته شد که اهداف فردی و اجتماعی خود را فهرست کنند. پس از آن با بررسی روابط خود با اطرافیان، موقعیت‌هایی را که باید تغییر داده شوند، بهبود یابند و یا ایجاد شوند را شناسایی و فهرست کنند. به این تکلیف در جدول فهرست اهداف فردی و اجتماعی اشاره شده است.

بخش چهارم: آموزش مهارت‌ها از جمله: ۱. آموزش مهارت حل مسئله ۲. آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)

تکلیف: انجام یک فعالیت مثبت در هر روز بر طبق فهرست اهداف. اقدام برای حل و فصل مشکلات بین فردی

جلسه پنجم

بخش اول: تکالیف جلسه ی قبل مرور شدند و افراد راجع به تجربه ی هیجانی خود، مشکلات و موانع به کار بردن مهارت‌ها و کاربرد مهارت‌های جدید گفتگو نمودند. همچنین فرم‌های تکمیل شده بررسی و مرور شدند.

بخش دوم: در ادامه ی محث مهارت‌های تنظیم هیجان، مدل فرایند تنظیم هیجان جیمز گراس به اعضا معرفی شد و در مورد مراحل و مهارت‌های تنظیم هیجان از این دیدگاه گفتگو شد

بخش سوم: در بخش سوم از بین مهارت‌های تنظیم هیجان، مهارت‌های تغییر توجه به اعضا معرفی و آموزش داده شد. دو مهارت آموزش داده شده عبارت بود از: متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی؛ آموزش توجه. برای متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی از مهارت‌های کنترل فکر استفاده شد. این آموزش شامل: آموزش و تمرین مهارت توقف نشخوار فکری، آموزش و تمرین توقف فکر و جایگزین سازی افکار مثبت بود.

تکلیف: از اعضا خواسته شد که در طول هفته هر گاه با حالت هیجانی خاصی مانند غم، خشم، ترس و..... مواجه شدند، به انجام انواع مهارت‌های کنترل فکر و تغییر توجه (مهارت‌های آموخته شده) پرداخته و میزان تاثیر هر مهارت را در مقیاس ۰ تا ۱۰ درجه بندی کنند. برای آموزش توجه از مهارت‌های گسترش توجه و توجه انتخابی از طریق دیدن، شنیدن، بویایی و تحریک حس لامسه استفاده شد.

جلسه هشتم

بخش اول: در آغاز، تکلیف جلسی قبل مرور شد. اعضا در مورد نحوه ی به کار بردن مهارت‌های تغییر توجه گفتگو کردند و شیوه‌ها و موانع کار بررسی شد. هر فرد تجربه ی خاص خود از انجام مهارت‌ها را بیان نمود و در نهایت موفقیت‌های اعضا مورد تشویق و تصدیق قرار گرفت.

بخش دوم: راجع به نقش ذهن (پردازش ذهنی و مجموعه‌های از افکار، عقاید و خاطرات) در تولید، نگهداری، افزایش و کاهش پاسخ هیجانی، گفتگو شد.

بخش سوم: شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی. در این بخش، اعضای گروه به ارزیابی پردازش ذهنی و محتوای ذهن خود و تاثیر آن روی پاسخ‌های هیجانی شان پرداخته و بعد لیست عقاید و ارزیابی‌های غلط موثر روی هیجان‌ها شناسایی و تکمیل کردند.

بخش چهارم: آموزش راهبرد باز-ارزیابی، در ابتدا اعضای گروه از طریق قرار گرفتن در فضای هیجانی منفی، حالت‌های هیجانی منفی را تجربه کرده و به ارزیابی شدت و میزان تجربه خود پرداختند. پس از آن، به آنان آموزش داده شد که از طریق باز-ارزیابی و تغییر ارزیابی‌های منفی، هیجان منفی خود را تسکین داده و تنظیم کنند.

تکلیف داخل جلسه: تکمیل لیست ارزیابی‌های غلط، شناسایی این ارزیابی‌ها و پیامدهای هیجانی آن و تمرین راهبرد باز-ارزیابی. تکلیف: از اعضا خواسته شد که در طول هفته هرگاه با حالت هیجانی خاصی مانند غم، خشم و ترس مواجه شدند به نقش و تاثیر محتوای افکار و پردازش ذهنی خود روی افزایش و کاهش پاسخ هیجانی توجه کرده و میزان تاثیر افزایشنده و کاهشنده ی ذهن، بر پاسخ هیجانی خود را درجه بندی و ثبت کنند. پس از آن به انجام راهبرد باز-ارزیابی بپردازند و تاثیر این کار روی تجربه هیجانی خود را ثبت کنند.

جلسه هفتم

بخش اول: در ابتدا تکلیف جلسه قبل مرور شد. اعضا در مورد نحوه ی به کار بردن مهارت‌های کنترل ذهن و باز ارزیابی گفتگو کردند. شیوه‌ها و موانع کار بررسی شد. هر فرد تجربه ی خاص خود از انجام مهارت‌ها را بیان نمود و در نهایت، موفقیت‌های اعضا مورد تشویق و تصدیق قرار گرفت.

بخش دوم: مواجهه، یعنی ایجاد حالت‌های هیجانی در جلسه گروهی. اعضا تشویق شدند که تا آنجا که امکان دارد این هیجان‌ها را تجربه کرده (با آن روبرو شوند) و سعی نکنند از این تجربه فرار کنند. پس از آن، از آنان خواسته شد، به دو شیوه نوشتاری و کلامی، پیامدهای جسمانی، ذهنی و احساسی هیجان خود را توصیف کنند.

بخش سوم: ارزیابی، یعنی شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن. در این بخش، پس از تجربه حالت هیجانی در جلسه گروهی، تمایل افراد به ابراز (نشان دادن به شکل کلامی، رفتاری و بیان چهره ای) یا عدم ابراز هیجان‌های خود بررسی و ارزیابی شد. سپس، اعضا در مورد اثرات و پیامدهای استفاده از راهبرد بازداری با یکدیگر گفتگو کردند.

بخش چهارم: مهارت آموزی. این بخش شامل آموزش و تمرین پنج دسته مهارت بود:

۱. ارائه آموزش و تمرین به منظور ابراز هیجان

۲. ارائه آموزش و تمرین، به منظور اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده‌های محیطی

۳. ارائه آموزش و تمرین راهبرد تخلیه هیجانی

۴. تغییر دادن پیامدهای هیجانی از طریق عمل معکوس، یعنی انجام فعالیت‌هایی که با رفتار متعاقب با هیجان منفی مغایر است. مثلا انجام فعالیت، تحرک و... در هنگام افسردگی، دراز کشیدن و تمرین تنفس، در هنگام نگرانی و...

۵. ایجاد آرمیدگی جسمانی از طریق آموزش تن آرامی

تکلیف: به کار بردن مهارت‌های ابراز هیجان و تعدیل پاسخ در هنگام درگیر شدن در تجربه‌های هیجانی

است. همچنین، در گروه کنترل 40 درصد افراد نمونه دارای مدرک لیسانس، 26.7 درصد دیپلم و 33.3 درصد دارای فوق لیسانس قرار دارند؛ این درحالی است که در گروه آزمایش نیز 53/33 درصد لیسانس و 26/207 درصد فوق لیسانس و 26.7 درصد دیپلم بوده اند.

یکی از مفروضات تحلیل کوواریانس مشخص نمودن نوع توزیع داده‌های جمع آوری شده است، که می‌بایست توزیع نرمال باشد، بدین منظور در این مرحله به بررسی نتایج حاصل از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در مورد هر یک از متغیرها پرداخته شده است.

شیوه اجرا. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، به شرکت کنندگان توضیح داده شد که آن‌ها در یک پژوهش روان‌شناسی شرکت می‌کنند. به آن‌ها این اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با ایشان به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج به صورت گروهی بررسی می‌شود و هر زمان که بخواهند می‌توانند از ادامه کار انصراف دهند. همچنین نتایج آزمون به طور خلاصه در اختیار آنان قرار خواهد گرفت.

یافته‌ها

در گروه آزمایش 46.7 درصد افراد بین گروه سنی 30 تا 40 سال و در گروه کنترل 53/32 درصد به این گروه متعلق بوده

جدول 2. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی مفروضه نرمال بودن

متغیر	گروه‌ها	آزمون	آماره	درجه آزادی	سطح معنی داری
انعطاف پذیری	آزمایش	پیش آزمون	۰.۵۵	۱۵	۰.۹۱
		پس آزمون	۰.۷۱	۱۵	۰.۶۹
کنترل		پیش آزمون	۰.۶۹	۱۵	۰.۷۲
		پس آزمون	۰.۵۳	۱۵	۰.۹۳
خودکنترلی	آزمایش	پیش آزمون	۰.۷۸	۱۵	۰.۵۹
		پس آزمون	۰.۶۳	۱۵	۰.۸۱
کنترل		پیش آزمون	۰.۸۳	۱۵	۰.۴۹
		پس آزمون	۰.۹۹	۱۵	۰.۲۸

همان‌طور که جدول فوق نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن برای هر دو متغیر در دو گروه با سطح معناداری بزرگ‌تر از 0/05 ($p < 0/05$) تایید شد.

جدول 3. آزمون F لوین برای بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا در دو گروه مورد مطالعه

متغیرها	شاخص‌های آماری		
	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F
انعطاف پذیری	۱	۲۸	۰.۱۰
خودکنترلی	۱	۲۸	۰.۱۱

است و فرضیه صفر آزمون لوین مبتنی بر همگنی بین گروه‌های همپراش و وابسته تأیید شد.

در جدول فوق نتیجه‌ی آزمون لوین جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطا آورده شده است. براساس نتایج مندرج، این مفروضه با سطح معنی داری بزرگتر از 0/05

جدول 4. آزمون واریانس برای بررسی شیب رگرسیون در دو گروه

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نمره F	سطح معناداری
انعطاف پذیری	پیش آزمون	۴۹۶.۴۹	۱.۰۰	۴۹۶.۴۹	۱۴.۷۱	۰.۰۱
	گروه	۵۹.۵۹	۱.۰۰	۵۹.۵۹	۱.۷۷	۰.۲۰
	خطا	۸۷۷.۴۸	۲۶.۰۰	۳۳.۷۵		
	کل	۵۳۴۴۶.۰۰	۳۰.۰۰			
خودکنترلی	پیش آزمون	۳۶۰.۸۳	۱.۰۰	۳۶۰.۸۳	۵.۶۲	۰.۰۳
	گروه	۱۶۵.۰۷	۱.۰۰	۱۶۵.۰۷	۲.۵۷	۰.۱۲
	خطا	۱۶۷۰.۴۲	۲۶.۰۰	۶۴.۲۵		
	کل	۳۱۶۹۲.۰۰	۳۰.۰۰			

جدول فوق به بررسی شیب خط رگرسیون پرداخته است؛ با توجه به آنکه سطح معناداری در پیش آزمون بیشتر از پنج صدم بدست آمده است؛ لذا این پیش فرض نیز تایید می شود.

جدول 5. بررسی آموزش مبتنی درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری و خودکنترلی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نمره F	سطح معناداری	ضریب اثر بخشی	توان آزمون
انعطاف پذیری	پیش آزمون	۴۰۳.۵۳	۱	۴۰۳.۵۳	۱۶.۵۰	۰.۰۱	۰.۳۸	۰.۶۷
	پس آزمون	۲۰۱۰.۰۵	۱	۲۰۱۰.۰۵	۸۲.۱۹	۰.۰۱	۰.۷۵	۰.۹۵
	خطا	۶۶۰.۳۴	۲۷	۲۴.۴۶				
	کل	۹۱۸۸۹.۰۰	۳۰					
خودکنترلی	پیش آزمون	۴۳۷.۸۵	۱.۰۰	۴۳۷.۸۵	۶.۴۴	۰.۰۲	۰.۱۹	۰.۳۳
	پس آزمون	۴۹۹۶.۱۵	۱.۰۰	۴۹۹۶.۱۵	۷۳.۴۹	۰.۰۱	۰.۷۳	۰.۷۶
	خطا	۱۸۳۵.۴۹	۲۷.۰۰	۶۷.۹۸				
	کل	۳۱۶۹۲.۰۰	۳۰.۰۰					

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی در این پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری و خودکنترلی زنان شهر اصفهان بوده است.

بر اساس نتایج مندرج در جدول فوق می توان نتیجه گرفت که آموزش مبتنی بر درمان هیجان مدار بر متغیرهای انعطاف پذیری و خودکنترلی به طور معناداری اثرگذار می باشد.

درمان هیجان‌مدار است. برقراری اتحاد مثبت درمانی با هر دو نفر (همسران)، پیش‌نیازی است ضروری که موفقیت را در فرایند درمان تضمین می‌کند. قالبی که در نه گام و سه مرحله ارائه شده است، نه برای زوجهای قاطع برای طلاق، که برای همسرانی است که هنوز به یکدیگر دلبسته هستند و مشکل اصلی شان گیر افتادن در چرخه‌های تعاملی معیوب است. این الگو همچنین می‌تواند برای زوجهایی که با وجود علاقه مندی به رابطه، از کمبود صمیمیت رنج می‌برند و به تغییراتی در گیره‌ی ارتباطی شان نیاز دارند نیز بسیار کارگشا باشد و در مدت زمانی کوتاه مسائلشان را از میان بردارد.

انعطاف‌پذیری روانشناختی به میزان تجربه‌پذیری فرد در مقابل تجارب درونی و بیرونی اطلاق می‌شود. این ویژگی شخصیتی در افراد مختلف به درجات متفاوتی وجود دارد و نوع واکنش افراد را در مقابل تجارب جدید معین می‌کند. انعطاف‌پذیری روانشناختی بیان می‌کند که انعطاف‌پذیری مستلزم توانایی برقراری ارتباط با لحظه حال و قدرت متمایزسازی خود از افکار و تجارب درون روانی است. افراد انعطاف‌پذیر درباره دنیای درونی و بیرونی کنجکاو هستند و زندگی آن‌ها از لحاظ تجربه غنی است. چون تجارب جدید را می‌پسندند و خواهان تجربه بیشتر هستند. آن‌ها نه تنها از مواجهه با تجارب درونی و بیرونی اجتناب نمی‌کنند، بلکه حتی گاهی به دنبال کسب تجربیات جدید می‌روند (والاس، مک-کراکن، ویس، هاربک-وبر، 2015).

همچنین، نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر خودکنترلی اثرگذار می‌باشد. همچنین نتایج شاخص ضریب اثربخشی نشان می‌دهد که 73 درصد از واریانس متغیر وابسته (خودکنترلی) توسط متغیر مستقل (درمان هیجان‌مدار) تبیین شده است.

یافته فوق با پژوهش صنعتی (1396) بیکر و همکاران (2016) فالسون (2017) داک وورث و همکاران (2017) اسپانونس و همکاران (2014) همسو است.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری روانشناختی اثرگذار می‌باشد. همچنین نتایج شاخص ضریب اثربخشی نشان می‌دهد که 75 درصد از واریانس متغیر وابسته (انعطاف‌پذیری) توسط متغیر مستقل (درمان هیجان‌مدار) تبیین شده است. این یافته با پژوهش‌های آلدو و همکاران (2015) نصری و همکاران (1396) سعادت و نجات (1394) اتحادیه (1395) همسو است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت: هیجان‌کلید سازماندهی به رفتارهای دلبسته مدار است و در تنظیم شیوه‌هایی که افراد بدان طریق خود و دیگران را در روابط صمیمانه تجربه می‌کنند نقش حیاتی دارد. نظریه‌های دلبستگی و تجربه‌نگر، هر دو بر اهمیت "تجربه و ابراز هیجان‌ات" پافشاری می‌کنند. هیجان، ادراک را هدایت و به آن معنا می‌بخشد؛ انگیزه‌ای رفتار را فراهم می‌کند و از طریق منتقل شدن به دیگران و فراخوانی هیجان‌اتی واکنشی، با افراد ارتباط برقرار می‌کند. در زوج درمانی هیجان‌محور، هیجان‌ات هم آماج درمانند و هم عامل تغییر برانگیز. خلق تجارب هیجانی جدید چه در تغییرات درون روانی و چه در دگرگونی‌های میان فردی به عنوان مهمترین مداخله‌گر در نظر گرفته شده است. انعطاف‌پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده‌اند، که این ارزیابی در موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند. انعطاف‌پذیری فرد را قادر می‌سازد که در برابر فشارها، چالش‌ها، و سایر مسائل عاطفی و اجتماعی برخورد مناسب و کارآمد داشته باشد (رستمی، جهانگیرلو، سهرابی و احمدیان، 1395).

نیازها و تمایلات دلبسته محور همسران، ماهیتا سازگارانه و شفاف‌بخش‌اند و "نحوه‌ی فعال‌سازی این نیازها و گرایشات در بافتاری مفروش از زمینه‌ی نایمینی" است که مشکلات را پدیدار می‌نماید. نظریه‌ی دلبستگی و نگرش‌های تجربه‌مدار هر دو در ماهیت سازگارانه‌ی این نیازها اجماع نظر دارند و خاستگاه مشکلات را در بلوکه کردن یا سرباز زدن از مالکیت این گرایشات یافته‌اند. بازشناسی و اعتبار بخشی به نیازها و گرایشات برخاسته از دلبستگی خواهی، بخش قابل تأملی از

خویشتن - که خود در خود سرزنشگری یا قضاوت سریع از دیگران ریشه دارند - نیز به شمار می‌رود. انعکاس همدلانه و معتبرسازی، همسران را به درگیری بیشتر با تجاریشان تشویق می‌کند و این امر خود موجبات وسعت بخشی و شفاف سازی تجارب را فراهم می‌آورد.

این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی است که از جمله آن‌ها می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: تداخل مداخله پژوهش با برنامه‌های پیش بینی نشده زنان. انتخاب‌های اولیه گروه‌های آزمایش که به صورت دسترس انتخاب شد. استفاده از پرسشنامه که یک ابزار خودگزارش‌دهی است، احتمال سوگیری در پاسخگویی آزمودنی‌ها وجود دارد. پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگر با هدف تعیین میزان تاثیر روش‌های روان درمانی بر خودکنترلی انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با گنجاندن خانواده درمانی نیز انجام شود. سرانجام، پیشنهاد می‌شود در پژوهش آتی روان درمانی گروهی برای زوجین گنجانده شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به محرمانه بودن فرایند نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش و انصراف از تکمیل پرسشنامه‌ها مختار بودند.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

اتحادیه، س (1395). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان بر صدمه

هیجان درمانگر، هیجان تأثیرانگیز، را می‌یابد، آن را مورد تمرکز قرار می‌دهد و سپس منعکسش می‌کند. درمانگر درک خود از تجربه مراجع را به وی انتقال داده، توجه وی را به این گویه جلب می‌کند. انعکاس، گفتار مداخله‌ای مهمی است که تمرکز شدید و جذب شدن همدلانه در دنیای تجارب مراجع را می‌طلبد. لذا سزاوار است که دشواری انجام این مداخله را درک کنیم و آن را به سطح بازگویی مجدد واژگان مراجع تقلیل ندهیم. درمانگر تجربه‌ی مراجع را پی‌گیری و آن را در کنار فرد پردازش می‌کند؛ در حقیقت او می‌خواهد بداند که این مراجع خاص چگونه لحظه به لحظه تجربه اش را ادراک و پردازش می‌نماید. در حالی که مراجع به حالتی مانند "تغییر ناگهانی در سطح درگیری هیجانی" یا "عدم توانایی برای یافتن واژگان مناسب" دچار می‌شود، کوشش‌های درمانگر بر آن است تا پس از دستیابی به استحالتهای ایجاد شده در جریان تجربه کردن، آن را بر زبان جاری سازد.

هیجان درمانگر به هر یک از همسران منتقل می‌کند که تجارب و پاسخهای هیجانی شان پذیرفتنی است. در صورت لزوم، او آشکارا به "تمایز سازی" تجربه‌ای که یک همسر از نیت یا خصایص دیگری در سر پرورنده اشاره می‌کند: یک همسر حق دارد که نسبت به دیگری احساس تنفر کند، بدون آنکه دیگری تنفرانگیز باشد. موضعی که درمانگر اتخاذ می‌کند این است که پاسخهای هیچ یک از آن‌ها غلط، غیر منطقی، معیوب، شرم آور یا عجیب نیست. البته انعکاس همدلانه - اگر با توجه و احترام ادا شود - گویای این پیام هست ولی معتبرسازی آشکار و صریح تجربه‌ی هر همسر از رابطه نیز امری است ضروری. در زوجهای آشفته، سطوح بالای اضطراب، فضایی سرشار از حس بی‌کفایتی و خود حمایتگری‌های تهاجمی، ویژگی‌های بارزی هستند که همواره در هم آمیخته و به یکدیگر مبدل می‌شوند؛ تأیید درمانگر، اعتبار بخشی اش به تجارب همسران و ایمنی خاصی که پس آیند این پذیرش است، چونان پادزهری ویژگی‌های فوق را در هم مستحیل و نابود می‌گرداند. ضمناً معتبرسازی، پادزهری تجارب محدود شده و تجلی‌های بلوکه شده‌ی

- دلبستگی و انعطاف‌پذیری شناختی در زنان نابارور. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- اسد بیگی، ع (1393). تأثیر انعطاف‌پذیری شناختی بر مقاومت در برابر تغییر سازمانی تحت تأثیر رفتار شهروندی سازمانی در شرکت گاز استان تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد تهران مرکزی.
- آقاگدی، پ؛ گل پرور، م؛ آقایی، ا و خیاطان، ف (1397). تأثیر درمان ذهن آگاهی بخشش محور و درمان هیجان‌مدار بر افسردگی و تاب آوری زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر. فصلنامه سلامت جامعه، 12(1)، 11-1.
- تقی زاده، م، فرمانی، ا (1393). "بررسی نقش انعطاف‌پذیری شناختی در پیش بینی -نومیدی و تاب آوری در دانشجویان"، فصلنامه روانشناسی شناختی، 12(2)، 57-67.
- رستمی، چ، جهانگیر لو، ا، احمدیان، ح، سهرابی، ا (1395). نقش انعطاف‌پذیری شناختی و ذهن آگاهی در پیش بینی اهمال کاری دانشجویان، 17(53)، 50-61.
- سرمد، ز؛ حجازی، عباس ب (1390). روش تحقیق در علوم رفتاری، تهران: انتشارات آگه.
- سعادت، ا و نجات، ح (1395). اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهزیستی ذهنی. کنفرانس بین المللی یافته‌های نوین پژوهشی در علوم، مهندسی و فناوری با محوریت پژوهش‌های نیاز محور.
- صنعتی، ک (1396). اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مشکلات بین فردی زوجین متعارض. چهارمین کنفرانس جهانی و اولین کنفرانس ملی پژوهش‌های نوین ایران و جهان در مدیریت، اقتصاد و حسابداری و علوم انسانی.
- فاخته، ه (1396). رابطه خودکنترلی آشکار و پنهان با میانجی‌گری پرخاشگری دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه ادبیات و علوم انسانی.
- میردریکوند، ف؛ شفیع، م و حیدری راد، ح (1397). روابط ساختاری دلسوزی به‌خود، انعطاف‌پذیری شناختی و علائم اختلال استرس پس آسیبی در قربانیان حوادث
- آسیب‌زا در غرب ایران. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، 12(2)، 1-16.
- میرزآزاده، ف، احمدی، خ، و فاتحی زاده، م. (1391). تأثیر درمان هیجان‌مدار بر سازگاری پس از طلاق در زنان. مشاوره و روان درمانی خانواده، 2(1)، 441-460.
- نامنی، ا؛ محمدی پور، م و نوری، ج (1396). اثربخشی درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر بخشودگی بین فردی و امید در زنان مطلقه. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، 8(29)، 57-79.
- نصری، م؛ احدی، ح و درتاج، ف. (1396). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر انعطاف‌پذیری شناختی، تنظیم هیجان و عامل hb در بیماران دیابتی. نشریه دستاوردهای روانشناسی، 24(2)، 81-100.
- Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2005). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 263-278.
- Beaudry, C., & Schiffrerova, A. (2009). Who's right, Marshall or Jacobs? The localization versus urbanization debate. *Research policy*, 38(2), 318-337.
- Becker, B. K., Schiller, A. M., Zucker, I., & Godfrey, M. (2016). A Day of Hands-on Physiology Demonstrations Increases Understanding of and Excitement towards Physiology in a Native American Indian Population of Middle and High School Students. *The FASEB Journal*, 30(1_supplement), lb757-lb757.
- Berant, E., & Obegi, J. H. (2009). Attachment-informed psychotherapy research with adults. *Attachment theory and research in clinical work with adults*, 461-489.
- Bricker, J., & Tollison, S. (2011). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: a conceptual and clinical review. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39(5), 541-559.
- Brown, J. D. (2014). Self-esteem and self-evaluation: Feeling is believing. In *Psychological Perspectives on the Self*, Volume 4(pp. 39-70). Psychology Press.
- Cai, R., Lu, L., Hanjalic, A., Zhang, H. J., & Cai, L. H. (2006). A flexible framework for key audio effects detection and auditory context inference. *IEEE Transactions on audio*,

- management strategy. *International Journal of Intercultural Relations*, 30(5), 579-603.
- Lund, P. D., Lindgren, J., Mikkola, J., & Salpakari, J. (2015). Review of energy system flexibility measures to enable high levels of variable renewable electricity. *Renewable and Sustainable Energy Reviews*, 45, 785-807.
- Marcia, J. E. (2017). Ego-Identity Status: Relationship to Change in Self-Esteem. *Social Encounters: Contributions to Social Interaction*, 340.
- Sheeps, Catran and Meiran, M. (2015). Representation and emotion causation: A cultural psychology approach. *Culture & Psychology*, 21(1), 37-58.
- Spanos, N. P., Barber, T. X., & Lang, G. (2014). 11 Cognition and Self-Control Cognitive Control of Painful Sensory Input. Thought and feeling: Cognitive alteration of feeling states.
- Sperry, C. J., Gryskiewicz, J. M., & Smith, D. L. (2006). U.S. Patent No. 7,112,214. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- Wallace, D. P., McCracken, L. M., Weiss, K. E., & Harbeck-Weber, C. (2015). The role of parent psychological flexibility in relation to adolescent chronic pain: Further instrument development. *The Journal of Pain*, 16(3), 235-246.
- Wallace, D. P., McCracken, L. M., Weiss, K. E., & Harbeck-Weber, C. (2015). The role of parent psychological flexibility in relation to adolescent chronic pain: Further instrument development. *The Journal of Pain*, 16(3), 235-246.
- Zimmerman, B. J., & Schunk, D. H. (2002). An essential dimension of self-regulated learning. *Motivation and self-regulated learning: Theory, research, and applications*, 1.
- speech, and language processing, 14(3), 1026-1039.
- Cameron, J. J., Stinson, D. A., Hoplock, L., Hole, C., & Schellenberg, J. (2016). The robust self-esteem proxy: Impressions of self-esteem inform judgments of personality and social value. *Self and Identity*, 15(5), 561-578.
- Dallos, R., & Draper, R. (2010). *An introduction to family therapy: Systemic theory and practice*. McGraw-Hill Education (UK).
- De Ridder, D. T., & Lensvelt-Mulders, G. (2018). Taking stock of self-control: A meta-analysis of how trait self-control relates to a wide range of behaviors. In *Self-Regulation and Self-Control* (pp. 221-274). Routledge.
- Dolon & Rosemary & Marhin & Rvrnv. (2010). Ultrasound-guided superficial peroneal nerve block for foot surgery. *American Journal of Roentgenology*, 194(6), W538-W538.
- Duckworth, A. L., & Seligman, M. E. (2017). The science and practice of self-control. *Perspectives on Psychological Science*, 12(5), 715-718.
- Evans, J., Olm, C., McCluskey, L., Elman, L., Boller, A., Moran, E.,... & Grossman, M. (2015). Impaired cognitive flexibility in amyotrophic lateral sclerosis. *Cognitive and behavioral neurology: official journal of the Society for Behavioral and Cognitive Neurology*, 28(1), 17.
- Felson, M. (2017). Linking criminal choices, routine activities, informal control, and criminal outcomes. In *The reasoning criminal* (pp. 119-128). Routledge.
- Greenberg, L. J., Warwar, S. H., & Malcolm, W. M. (2013). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 185.
- Harway, M. (Ed.). (2005). *Handbook of couples therapy*. John Wiley & Sons.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Biglan, A. (2016). *The Wiley handbook of contextual behavioral science*. R. D. Zettle (Ed.). Chichester: Wiley Blackwell.
- Jacoby, M. (2016). *Shame and the origins of self-esteem: A Jungian approach*. Routledge.
- Kaushal, R., & Kwantes, C. T. (2006). The role of culture and personality in choice of conflict