



Research Article

Comparing the Effectiveness of Self-determination Skills Training and Affect Phobia Therapy on the Meta-Emotional and Mental Toughness in Adolescent Girls with Sexual Abuse Experience

Authors

Fatemeh Dafeian^{1*}, Zahra Yousefi²

 1. Ph.D Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran. (Corresponding Author)

 2. Assistant Professor, Group Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran.
z.yousefi@khuif.ac.ir

Abstract

Receive Date:
03/02/2024

Accept Date:
25/07/2024



Introduction: The sexual abuse of children and adolescents is a significant public health issue that leads to a variety of detrimental social, cultural, and familial consequences. The aim of the present study was to compare the effectiveness of self-determination skills training and agoraphobia treatment on emotional regulation and psychological resilience in adolescent girls who have experienced sexual abuse.

Method: This study employed a quasi-experimental design featuring a pretest-posttest approach, including a control group and a two-month follow-up period. The statistical population comprised all adolescent girls who experienced sexual abuse in Isfahan in 2023. 45 participants were selected using convenience sampling and subsequently randomly assigned to three groups. The data collection tools used in this study were the Mittmannsgruber Hyperemotion Questionnaire (2009) and the Kloof et al. Psychological Resilience Questionnaire (2002). The first experimental group underwent ten sessions of self-determination skills training based on the Field and Hoffman protocol (1994), while the second experimental group participated in eight sessions of agoraphobia treatment following the McCullough protocol (2003). The control group was also placed on a waiting list. The data were analyzed using SPSS version 23, employing a mixed analysis of variance with repeated measures statistical method.

Results: The results indicated that the mean ages of the participants in the self-determination skills training group, the agoraphobia group, and the control group were 15.2, 16.5, and 15.7 years, respectively. Furthermore, the members of all three groups were comparable and homogeneous. The findings indicated that both self-determination skills training and agoraphobia treatment interventions were effective in enhancing positive meta-emotion and psychological resilience among adolescent girls with a history of sexual abuse during the post-test and follow-up stages ($p < 0.05$). However, only the agoraphobia treatment was effective in improving negative meta-emotion. There was a significant difference between the two experimental groups regarding the effectiveness of treatment on hyperemotion and psychological resilience. The treatment for agoraphobia proved to be more effective than the training in self-determination skills.

Discussion and conclusion: The findings indicate that both treatment methods—agoraphobia therapy and self-determination skills training—are effective in enhancing the psychological well-being of adolescent girls who have experienced sexual abuse. Notably, agoraphobia therapy demonstrates a greater effectiveness in improving hyper-emotionality and psychological resilience among these individuals. Consequently, these treatments can serve as complementary approaches to alleviate the psychological challenges faced by girls who have undergone sexual abuse.

Keywords

Affect Phobia Therapy, Meta-Emotional, Mental Toughness, Self-determination Skills Training, Sexual Abuse.

Corresponding Author's E-mail

fatemehdafeian1377@gmail.com

مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی بر فرا هیجان و استحکام روانی دختران نوجوان با تجربه سوء استفاده جنسی

نویسندگان

فاطمه دافعیان^{۱*}، زهرا یوسفی^۲

۱. دانشجوی دکترا روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان،

اصفهان، ایران. z.yousefi@khuif.ac.ir

چکیده

مقدمه: سوء استفاده جنسی از کودکان و نوجوانان یکی از نگرانی‌های مهم بهداشت عمومی است که طیف وسیعی از پیامدهای نامطلوب اجتماعی - فرهنگی - خانوادگی را به همراه دارد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی بر فراهیجان و استحکام روانی دختران نوجوان با تجربه سوء استفاده جنسی بود.

روش: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه گواه با مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمام دختران نوجوان با تجربه سوء استفاده جنسی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند. تعداد ۴۵ نفر از آنان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و سپس با جایگزینی تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ی فراهیجان میتمسگرابر (۲۰۰۹م) و پرسش‌نامه استحکام روانی کلاف و همکاران (۲۰۰۲م) بود. گروه آزمایش نخست تحت آموزش ده جلسه‌ای مهارت‌های خودتعیین‌گری پروتکل فیلد و هافمن (۱۹۹۴م) و گروه آزمایش دوم تحت آموزش هشت جلسه‌ای درمان عاطفه‌هراسی پروتکل مک کالو (۲۰۰۳م) قرار گرفتند. گروه گواه نیز در لیست انتظار قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از SPSS-23 و روش آماری تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد، میانگین سنی در گروه آموزش مهارت خودتعیین‌گری، عاطفه‌هراسی و گروه گواه، به ترتیب ۱۵/۲، ۱۶/۵ و ۱۵/۷ بود که اعضای هر سه گروه با هم قابل قیاس و همگن بودند. همچنین یافته‌ها نشان داد، هر دو مداخله آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی در افزایش فراهیجان مثبت و استحکام روانی دختران نوجوان با تجربه سوء استفاده جنسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده‌اند ($p < 0/05$)؛ اما فقط درمان عاطفه‌هراسی در بهبود فراهیجان منفی مؤثر است. بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در اثربخشی درمان بر فراهیجان و استحکام روانی افراد وجود داشت و درمان عاطفه‌هراسی نسبت به آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری اثربخش‌تر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت؛ این دو روش درمانی (درمان عاطفه‌هراسی و آموزش مهارت خودتعیین‌گری) در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی دختران نوجوان با تجربه سوء استفاده جنسی مؤثر محسوب می‌شوند و درمان عاطفه‌هراسی در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی فراهیجان و استحکام روانی این افراد مؤثرتر است؛ لذا از این درمان‌ها می‌توان به عنوان مکمل جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی دختران با تجربه سوء استفاده جنسی به کار گرفته شوند.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۱۱/۱۴

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۳/۰۵/۰۴



کلیدواژه‌ها

استحکام روانی، سوء استفاده جنسی، عاطفه‌هراسی، فراهیجان، مهارت‌های خودتعیین‌گری.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

fatemehdafaian1377@gmail.com

مقدمه

هیجان‌های خود و بهزیستی بالاتر می‌باشد [۱۰]. از این رو، راهبردهای فراشناختی هیجان، بر نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا، تأثیر می‌گذارد [۱۱]. هنگامی که فرد با یک موقعیت رو به رو می‌شود، نیاز دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را داشته باشد تا هیجان‌های خود را کنترل کند [۱۲].

یکی دیگر از سازه‌های همگام با سلامت روان‌شناختی نوجوانان آسیب‌دیده سوءاستفاده جنسی، استحکام روانی است. استحکام روانی مجموعه‌ای از نگرش‌ها، احساسات و رفتارهایی تعریف شده است که شما را قادر می‌سازد با پشتکار و تلاش بر هر گونه مانع، سختی یا فشاری غلبه کنید و فرد توانایی افزایش برتری خود در لحظات بحرانی را دارد [۱۳]. در واقع، استحکام روانی، توانایی دستیابی به اهداف شخصی در برابر فشار طیف وسیعی از عوامل استرس‌زا است که فرد با وجود چالش‌های روزمره و همچنین نگرانی‌های قابل ملاحظه، سطح بالایی از همسانی را از لحاظ ذهنی به نمایش می‌گذارد [۱۴]. کلاف^۱ و همکاران استحکام روانی را دارای چهار مؤلفه اصلی می‌دانند: ۱. کنترل: نشان‌دهنده این واقعیت است که فرد بر احساسات و اعمال خود کنترل کافی دارد؛ ۲. تعهد: به این معنا که فرد با تمام وجود خود کارها را به نحو احسن انجام می‌دهد؛ ۳. چالش: شخص مشکلات زندگی را فرصت‌هایی برای پیشرفت خود تلقی می‌کند و ۴. اعتماد به نفس: داشتن ارتباطات بین فردی و ایمان به توانایی‌های خود است [۱۵]. در واقع، استحکام روانی یک مکانیزم دفاعی در واکنش به عوامل تنش‌زا است و به افراد این فرصت را می‌دهد که به صورت فعالانه در مقابل شرایط گوناگون بهترین تصمیم و عملکرد را از خود به نمایش بگذارند. مک‌کریک، ولفسون و نیو^۲ نشان دادند که افراد دارای استحکام روانی بالاتر قادرند در شرایط خاص، آرام و راحت باقی بمانند و سطوح اضطراب پایین‌تری را نسبت به دیگران تجربه کرده و تصمیم‌گیری بهتری داشته باشند [۱۶].

تحقیقات و ادبیات بالینی نشان داده است که دخترانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند، بیش از دخترانی که قربانی خشونت نبوده‌اند، سابقه بدتنظیمی هیجان‌های منفی نظیر خشم و شرم [۱۷]، افسردگی و صدمه به خود [۱۸]،

کودکان و نوجوان سرمایه‌های پر برکت امروز و فردای هر جامعه‌ای هستند و سلامت روان آن‌ها از ارکان اصلی هر جامعه‌ای است [۱]. آزار و سوءاستفاده جنسی یک مشکل عمده است که تمام کودکان و نوجوانان را دربرمی‌گیرد. مطالعات تخمین زده‌اند که از هر ۱۰ فرد زیر ۱۸ سال، ۱ فرد مورد آزار جنسی قرار می‌گیرد که نسبت آن در دختران ۱ به ۷ و در پسران ۱ به ۲۵ است [۳ و ۲]. سوءاستفاده از کودکان و نوجوانان یک مشکل جهانی است که شیوع آن در کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته بیشتر است [۴] و عواقب جدی و مادام‌العمر با خود به همراه دارد که می‌تواند تأثیرات روانی، شناختی، رفتاری، اجتماعی و عصب‌شناختی زیادی را بر کودکان و نوجوان به جای گذارد [۵]. به عنوان مثال، افسردگی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی، وابستگی به مواد، رفتارهای پرخطر جنسی از جمله پیامدهای ناشی از سوءاستفاده جنسی از کودکان و نوجوانان هستند [۶]. در واقع، سوءاستفاده از کودکان و نوجوانان در همه اشکال باعث کاهش حس خود ارزشمندی در فرد شده و در عین حال رشد اجتماعی، هوشی، تحصیلی و خودمختاری فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد [۷]. در مطالعه‌ای قاضی‌زاده و همکاران [۸] نشان دادند، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما می‌تواند بر بهبود نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان با تجربه سوءاستفاده جنسی اثرگذار باشد.

یکی از پیامدهای مهم در افرادی که دچار سوءاستفاده جنسی شده‌اند، تجربه هیجان‌های منفی دردناک ناشی از رویداد تروماتیک است. منظور از فراهیجان، هیجان‌هایی هستند که در مورد هیجان‌های خود داریم. به عبارتی، فراهیجان، آگاهی از مجموعه‌ای از هیجان‌ها یا احساس‌های فرد است که برای توصیف خود از آن‌ها استفاده می‌کنیم. این سازه‌های هیجانی را در برمی‌گیرد که در پاسخ به هیجان‌های دیگر رخ می‌دهد [۹]. فراهیجان‌ها به دو بعد مثبت (شامل فراشفقت و فراعلاقه) و فراهیجان منفی (شامل فراخشم، فراشرم، فراکنترل فکر و فرابازداری هیجان) تقسیم می‌شود. به عنوان مثال، فراخشم و فراهیجان ناتوانی فرد در پذیرش هیجان‌های خود را منعکس می‌کند و فراهیجان مثبت مثل فراعلاقه، بیانگر قابلیت فرد در پذیرش

1 . Clough.

2 . McCarrick, Wolfson & Neave.

[۲۶]. پژوهشگران نشان دادند، آموزش خودتعیین‌گری بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و انگیزش درونی افراد، تأثیر معنی‌داری دارد [۲۷] و [۲۸]. در مطالعه‌ای تحت‌عنوان؛ مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بیماران روانی مزمن، نشان داده شد که این دو درمان می‌تواند بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی این افراد بسیار مؤثر باشد [۲۹]؛ اما اثربخشی آموزش کیفیت زندگی اسلامی بیشتر از آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری است و نیز در پژوهشی دیگر نشان داده شد که آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر بهبود نیازهای روان‌شناختی بنیادی دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده تأثیر معناداری دارد [۳۰]؛ بنابراین به نظر می‌رسد استفاده از درمان خودتعیین‌گری که به دنبال آن است که توانمندی و مهارت افراد را در مواجهه با چالش‌های زندگی افزایش دهد، برای دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی که پس از تجربه آسیب، احساس نداشتن کنترل بر امور زندگی و تعهد نسبت به آن را دارد و ممکن است درگیر بدتنظیمی هیجانی و افزایش تجربه هیجانات منفی شوند، حائز اهمیت باشد.

همچنین یکی دیگر از درمان‌هایی که تمرکز جدی بر بیان و تجربه رویدادهای تروماتیک زندگی در روش درمانی خود دارد، درمان عاطفه‌هراسی است که توسط مک کالو^۲ و همکاران [۳۱] توسعه داده شده است. در عاطفه‌هراسی، تمرکز بر شناخت، تجربه، درک و در نهایت ابراز عواطف سازگار است. بیماران به تدریج در معرض احساساتی که از آنها اجتناب می‌کنند، قرار می‌گیرند و به آن‌ها آموزش داده می‌شود تا احساساتی را که در زندگی بیش از حد حاکم است را بهتر تنظیم کنند. هدف از درمان این است که بیمار بیشتر از قبل، احساسات خود را به سمت یک خزانه جدید رفتار سازگار هدایت کند [۳۲].

درمان عاطفه‌هراسی ضمن بهره‌گیری از دستاوردهای مختلف علوم پویشی، شناختی و رفتاری برای حل تعارض افراد علاوه بر توصیف و حساسیت‌زدایی عواطف بازدارنده، تجربه‌کردن و بهره‌مندی از عواطف انطباقی، به علت سنخیت مناسب با خلق و خوی بشری، شیوه اصلی درمان

تصویر ذهنی منفی و عزت نفس پایین [۱۹] و کاهش تجربه هیجانات مثبت [۲۰] را دارند. قربانیان تجربه سوءاستفاده جنسی در کودکی و نوجوانی، پیامدهای بهداشت روانی بسیار متفاوتی را در بزرگسالی تجربه می‌کنند که باعث شکل‌گیری احساس کنترل‌نداشتن بر روی شرایط و موقعیت‌های مختلف زندگی می‌شود [۲۱]. این احساس کنترل‌نداشتن، با ایجاد احساس ناتوانی علائم متوسط تا شدیدی را در فرد ایجاد کند. تأکید بر شناخت فراهیجان‌های مثبت و منفی و بهبود مؤلفه‌هایی نظیر تعهد، توانایی کنترل بر روی زندگی، اعتماد به توانایی‌ها و به‌طور کلی افزایش استحکام روانی این افراد می‌تواند در حل مشکلات روان‌شناختی آن‌ها کمک کننده باشد [۲۲].

قربانیان سوء استفاده جنسی در زمینه‌های آگاهی و ادراک هیجانات و استحکام ابعاد روانی خود نیازمند توجه و آموزش هستند. در این زمینه، برخی از برنامه‌های آموزشی می‌تواند در بهبود توانمندی‌های شناختی و هیجانی این افراد مثرتر باشد. یکی از مهم‌ترین درمان‌ها، برنامه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری [۲۳] می‌باشد. فایلد و هافمن^۱ (۲۰۰۵م) خودتعیین‌گری را توانایی تشخیص و کسب هدف بر مبنای شناخت و ارزشمند دانستن خود تعریف می‌کنند. بر طبق تئوری خودتعیین‌گری، همه رفتارها با ملاحظه میزان احساس خودمختاری یا خودتعیین‌گریشان تغییر می‌کنند و متفاوت هستند؛ تفاوت‌هایی که با نتایج کارکردی متفاوت، در ارتباط است [۲۳]. چراکه یکی از فرضیات خودتعیین‌گری این است که رفتارها می‌توانند در یک ردیف متوالی از احساسات برای حس خودمختاری کامل و خودتعیین‌گری تا کنترل کامل و عدم خودتعیین‌گری قرار بگیرند [۲۴].

خودتعیین‌گری در واقع مجموعه‌ای از رفتارها و مهارت‌هایی است که از محیط‌های خانه و اجتماعی ناشی می‌شود و افراد را قادر می‌سازد در زندگی به‌طور مستقل، تصمیم‌گیری کرده و مشکلات خود را حل و فصل نمایند [۲۵]. این آموزش می‌تواند با تحت‌تأثیر قرار دادن مفاهیم مختلف روان‌شناختی از جمله افکار خودآیند منفی، استحکام روانی، حل مسئله و ادراک هیجانات مثبت و منفی، روان‌انسان‌ها را تحت‌تأثیر قرار داده و بهبود ببخشد

2. McCullough.

1. Failed & Hafman.

(عوامل هیجانی یا عوامل شناختی - رفتاری) بیشتر در ایجاد مشکلات روان‌شناختی دختران با تجربه سوء استفاده جنسی دخیل هستند که با تغییر آن عوامل بتوان در جهت افزایش سلامت روان‌شناختی آنان گام برداشت.

با توجه به اهمیت آنچه گفت شد، این مطالعه در نظر دارد تا اثربخشی دو روش درمانی آموزش مهارت خودتعیین‌گیری و درمان عاطفه‌هراسی را بررسی نماید؛ بنابراین مسئله پژوهشی این است که آیا آموزش مهارت خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی بر بهبود فرا هیجان و استحکام روانی دختران نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی مؤثر است؟ و آیا تفاوتی بین این دو روش وجود دارد؟.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه با مرحله پیگیری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دختران نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله با تجربه سوءاستفاده جنسی مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی روان‌درمانی بهزیستی در شهر اصفهان تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از دختران نوجوان با سابقه سوءاستفاده جنسی شهر اصفهان بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس با مراجعه به کلینیک‌های تحت نظر سازمان بهزیستی شهر اصفهان، انتخاب شدند. برای نمونه‌گیری، نخست با افراد داوطلبی که توسط مراکز معرفی شده بودند، مصاحبه و پرسش‌نامه‌های فرایهجان و استحکام روانی به عنوان ابزار غربالگری اجرا شد. در گام بعدی با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و پاسخ‌گویی به پرسش‌های پرسش‌نامه‌های مدنظر، تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به صورت روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. حجم نمونه با توجه به سطح آلفای ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۹۵، اندازه اثر ۰/۳۹ و تعداد هر گروه ۱۵ نفر بر اساس نرم افزار G-power محاسبه شد.

ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت از: ۱. داشتن سابقه تجربه سوءاستفاده جنسی؛ ۲. رضایت کتبی آگاهانه از نوجوان و والدین آن‌ها جهت تمایل به مشارکت در پژوهش؛ ۳. نداشتن بیماری جسمی حاد؛ ۴. پرسش‌نامه‌هایی که

خود قرار داده است. این نوع درمان هیجان محور با ارائه تکنیک‌ها و راهکارهایی مؤثر نقش مهمی در تجربه و تنظیم عواطف دارد [۳۳].

اصول رفتاری مورد استفاده در این روش قرار گیری در معرض محرک‌ها و جلوگیری از پاسخ برای احساسات زدایی هراس عاطفی است. برای کمک به بیماران در بروز عاطفه، خاطرات عاطفی خاص از گذشته انتخاب می‌شوند [۳۴]. درمانگر صحنه‌ها را به صورت ذهنی ایجاد می‌کند و در حالی که بیمار تصور می‌کند که عمل آن‌ها (ابراز سازگارانۀ عواطف) چه می‌تواند باشد؛ این صحنه‌ها تا زمانی که حساسیت‌زدایی انجام شود تکرار می‌شوند. قدم بعدی به سمت هدف اصلی درمانی (بیان خواسته‌ها و نیازها با روشی سازگارانۀ تنظیم شده) بیان عواطف و تقویت پذیرش در مقابل عواطف دیگران است. برای دستیابی و تمرین بیان عواطف، درمانگر و بیمار با همکاری می‌توانند طیف گسترده‌ای از تکنیک‌های تجربی مانند نقش بازی کردن و تکنیک دو صدلی را انتخاب کنند. در واقع، هدف استفاده از روش‌های تجربی، تعمیق احساسات است، هدفی که صحبت کردن در مورد آن‌ها دشوار است [۳۵]. با توجه به مشکلات هیجانی و بدتنظیمی هیجان‌ات در دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی، توجه به درمان‌هایی نظیر عاطفه‌هراسی که بر مؤلفه‌های هیجانی این افراد تمرکز دارد و توانایی و استحکام روانی آن‌ها را در رابطه با چالش‌های رفتاری و هیجانی افراد در امور روزمره بالا می‌برد، دارای اهمیت است. پژوهش‌ها نشان داده است، درمان عاطفه‌هراسی برای بیماران اختلال شخصیت مرزی با سابقه آزار جنسی و جسمی، برخی اختلالات روانی مثل اضطراب و افسردگی و کاهش علائم افسردگی و اختلالات اضطرابی در زنان باردار مؤثر بوده است [۳۴]، [۳۶] و [۳۷].

باید گفت، هر کدام از این دو درمان (عاطفه‌هراسی و خودتعیین‌گری) بر روی مؤلفه‌های خاصی تأکید دارند. درمان عاطفه‌هراسی با تأکید بر عناصر هیجانی مشکل‌آفرین و تغییر این عناصر می‌تواند بر بهبود حالات هیجانی و خلق بیمار کمک کند [۳۲]. از سمت دیگر آموزش خودتعیین‌گری به فرد مهارت‌های توانمندسازی اساسی مواجهه با چالش‌های شناختی و رفتاری زندگی روزمره را آموزش می‌دهد [۲۵]. مقایسه این دو درمان از آن جهت حائز اهمیت است که دریافته شود، کدام عوامل

هیجانی^۶ (۷ پرسش)، کنترل زندگی^۷ (۷ پرسش)، اعتماد به نفس به توانایی‌ها^۸ (۹ پرسش) و اعتماد به نفس بین فردی^۹ (۶ پرسش) است. پاسخ به هر پرسش در یک مقیاس ۵ امتیازی لیکرت از دامنه ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. هرچه نمره فرد بالاتر باشد، دارای استحکام روانی بیشتری است. ضریب پایایی به روش آزمون - آزمون مجدد توسط کلاف و همکاران، ۰/۹ گزارش شده است [۱۶]. رواسازی فارسی این پرسش‌نامه نیز توسط افسانه پورک و واعظ موسوی [۴۰] مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش آن‌ها پایایی کلی پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۳ بود.

شیوه انجام پژوهش

به‌منظور انتخاب نمونه پژوهش، پرسش‌نامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون توسط ۱۷۳ دختر نوجوان دارای تجربه‌ی سوء استفاده جنسی، تکمیل شد. سپس با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و نمرات پرسش‌نامه‌ها، اعضا به‌صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) جایگزین شدند. گروه آزمایش اول، تحت ۱۰ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای آموزش مهارت خودتعیین‌گری فیلد و هافمن (۱۳۹۴) و گروه آزمایش دوم تحت ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داهل و همکاران (۲۰۱۵م) قرار گرفتند و اعضای گروه گواه در لیست انتظار باقی ماندند. سپس یک هفته پس از اجرای درمان‌های مذکور، پرسش‌نامه‌ها برای اجرای مرحله پس‌آزمون، مجدداً توسط افراد شرکت‌کننده دو گروه آزمایش و گروه گواه تکمیل شده و پس از دو ماه به‌منظور انجام مرحله پیگیری، مجدداً پرسش‌نامه‌ها توسط افراد تکمیل شد. جهت رعایت اخلاق پژوهشی رضایت کتبی نوجوانان برای شرکت آگاهانه در پژوهش دریافت شد و در حین توزیع پرسش‌نامه‌ها به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه نزد محقق محفوظ و نتایج به‌طور کلی در پژوهش‌نامه ارائه خواهد شد.

خلاصه محتوای هر جلسه از پروتکل آموزش مهارت خودتعیین‌گری [۴۱] و درمان عاطفه‌هراسی [۳۱] به شرح زیر است:

نمرات دارای یک انحراف استاندارد پایین‌تر از نقطه برش را کسب کردند. ۵. عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی ۶. نداشتن اختلال روان‌شناختی و جسمانی حاد که مانع از حضور در پژوهش می‌شود بود. ملاک‌های خروج نیز عبارت از: ۱. تمایل نداشتن به مشارکت و ادامه همکاری؛ ۲. داشتن بیماری جسمانی و روانی حاد و ۳. غیبت شرکت‌کنندگان بیش از دو جلسه و حضور نامنظم در جلسات بود.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از ابزارهای زیر به‌منظور جمع‌آوری داده استفاده شده است:

۱. پرسش‌نامه فراهیجان^۱: این مقیاس توسط میتمنسرگربر، بک، هافر و اسکوبلر [۳۸] ساخته شده و دارای ۲۸ گویه و شش خرده مقیاس می‌باشد. این پرسش‌نامه در کل دو بعد فراهیجان مثبت (فراشفقت و فراعلاقه) و منفی (فراخشم، فراشرم/فراتحقیر، فراکنترل فکر، فرابازداری) را می‌سنجد و براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۵) نمره‌گذاری می‌شود و حداقل و حداکثر نمره حاصل برابر ۲۸ و ۱۴۰ می‌باشد. ضریب پایایی گزارش شده توسط سازندگان با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بعد فراهیجان مثبت ۰/۹۱ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۵ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با ابزارهای شخصیت نئو و پرسش‌نامه بک، همبستگی معنادار به دست آمده است [۳۸]. این مقیاس برای استفاده در فرهنگ ایرانی، ترجمه، روا و پایا شد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش الماسی ۰/۸۱ بدست آمده است [۳۹]. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ بعد فراهیجان مثبت ۰/۸۰ و بعد فراهیجان منفی ۰/۷۴ به‌دست آمد.

۲. پرسش‌نامه استحکام روانی: این پرسش‌نامه که توسط کلاف^۳ و همکاران در سال ۲۰۰۲ م طراحی شده است برای اندازه‌گیری عامل استحکام روانی شرکت‌کنندگان استفاده شد. پرسش‌نامه دارای ۶ خرده مقیاس چالش^۴ (۸ پرسش)، تعهد^۵ (۱۱ پرسش)، کنترل

5. Commitment.
6. Emotional Control.
7. Life Control.
8. Confidence in Abilities.
9. Interpersonal Confidence.

1. Meta-Emotion Questionnaire.
2. Mitmansgruber, Beck, Hofer, Schubler.
3. Clough.
4. Challenge.

جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات آموزشی مهارت‌های خودتعیین‌گری فیلد و هافمن [۴۱]

جلسه	محتوای جلسات
اول: معارفه و توضیح موقعیت کلی	آشنایی اعضا با هم آشنایی با قوانین، تعداد و طول مدت جلسات، تعریف مفهوم خودتعیین‌گری، توصیف برنامه‌های آموزشی از جمله طرح تکالیف خانگی، ایجاد فضای مشارکتی برای دخالت افراد در بحث، شناسایی دو مورد از نقاط ضعف و قوت هر فرد در زمینه‌های جسمی، روانی، هیجانی، اجتماعی و باروهای خود، تشخیص نقاط قوت کمک‌کننده در پاسخ به نقاط ضعف.
دوم: چه چیز برای من مهم است؟	تشخیص دادن آن که چگونه تخیل می‌تواند به افراد کمک کند تا به خواسته‌های خود فکر کنند، نوشتن جملاتی مبنی بر آن که چه چیزهایی برای آن‌ها مهم است.
سوم: خودآگاهی و شناخت بیشتر خود	شناسایی احساسات، عواطف و نقاط ضعف و قوت خویش، شناسایی ترجیحات و نیازهای خود، افزایش خودآگاهی نسبت به نقاط قوت، ترجیحات و نیازهای خویش، تشخیص انتخاب‌های خود در آینده مبتنی بر نقاط قوت و ضعف افراد و نوشتن درباره آن.
چهارم: شناخت حقوق و مسئولیت‌های خویش	شناسایی ترجیحات و نیازهای خود، تشخیص انتظارات، حمایت‌ها، مسئولیت‌ها و قواعد زندگی خود، آشناسدن با نقش‌ها و مسئولیت‌های خویش به‌عنوان عضوی از جامعه.
پنجم: ارزشمندی خود	پرورش مهارت‌های مرتبط با ارزشمند دانستن خود، پذیرش خود و دیگران، برقراری روابط مثبت با دیگران.
ششم: ایجاد گزینه‌هایی برای هدف‌های بلندمدت	تشخیص اهداف خویش، به‌کارگیری تکنیک بارش مغزی، تهیه فهرستی از گزینه‌ها برای اهداف بلندمدت، داشتن خلاقیت و پیشبینی نتایج احتمالی، انتخاب یک هدف بلند مدت.
هفتم: هدف‌گذاری و انتخاب هدف کوتاه‌مدت	نوشتن سه هدف کوتاه‌مدت قابل مشاهده و دست‌یافتنی، انتخاب یکی از سه هدف کوتاه مدت مرتبط با هدف بلند مدت، شناسایی گام‌هایی که برای رسیدن به هدف‌های کوتاه مدت کمک‌کننده است، کسب مهارت گوش دادن فعال، تشخیص کارهایی که در رسیدن به هدف‌های کوتاه مدت به آن‌ها کمک می‌کند و باید انجام دهند.
هشتم: برداشتن گام نخست (ریسک‌کردن)	به‌کارگیری مدل خودتعیین‌گری در مورد تجارب خود، تشخیص نخستین گام برای کار به‌سوی اهداف کوتاه مدت، تشخیص فرایند مرور ذهنی برنامه‌ها، تشخیص نتایج بالقوه اعمال برنامه‌ریزی شده، پرورش مهارت‌های مرتبط با عمل کردن.
نهم: عمل کردن پیامد تجربه و یادگیری	آگاهی از عامل انرژی اجتماعی، تدوین اهداف اجتماعی و خانوادگی برای یک هفته، تشخیص پیامدهای عملی شدن برنامه خود، ارزیابی میزان موفقیت در دستیابی به اهداف، داشتن مذاکره برد - برد، تمییز دادن بین ارتباط منفعل، جرأت‌مندانه و پرخاشگرانه.
دهم: از کجا به اینجا رسیدیم؟	یادآوری مفاهیم کلیدی خودتعیین‌گری آموخته شده، نوشتن ایده‌های خود برای خودتعیین‌گری پایدار.

جدول ۲. خلاصه‌ای از پروتکل درمانی عاطفه‌هراسی [۳۱]

جلسه	محتوای جلسات
اول	مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی، تعریف عاطفه و توضیح و بیان انطباقی در مقابل بیان غیرانطباقی عواطف، نقش اضطراب و اهمیت تعدیل اضطراب.
دوم	پیداکردن تعارضات روان‌پویشی و درک هراس عاطفی با استفاده از مثلث مالان، ایجاد تمایزهای مهم در مورد احساس‌ها، بازسازی عاطفه‌هراسی از طریق حساسیت‌زدایی منظم، شناسایی دفاع‌ها و شناسایی احساس‌های فعال‌ساز انطباقی، شناسایی اضطراب‌ها و بازداری‌ها.
سوم	اشاره به دفاع‌ها علیه عواطف هراس‌وار و اشاره به توانمندی‌هایی که در کنار عواطف وجود دارد. مدیریت دفاع‌ها و تکرار مداخلات تا زمانی که دفاع‌ها بازسازی شوند.
چهارم	شناسایی منشأ دفاع‌ها و پیامدهای رفتارهای دفاعی و شناسایی نفع ثانویه دفاع‌ها و تکرار مداخلات برای تقویت انگیزه رها کردن دفاع‌ها.
پنجم	مرور کلی تجربه عاطفه، مواجهه با احساس و عاطفه هراس‌آور.
ششم	شناسایی دام‌ها در تجربه عاطفه و تکرار مداخلات تا زمانی که عاطفه‌هراسی حساسیت‌زدایی شود.
هفتم	بازسازی خود: بازسازی احساس نسبت به خود، تشویق والدگری برای خود و کاهش برون‌سازی و تکرار فرآیند حساسیت‌زدایی نسبت به هراس‌ها و ایجاد خودارزشمندی.
هشتم	بازسازی دیگران: ایجاد تصویر درونی انعطاف‌پذیر از دیگران و آماده‌سازی برای خاتمه‌دادن به درمان.

شیوه تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 و در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر) برای مقایسه نمرات پس‌آزمون و پیگیری هر متغیر با کنترل اثر پیش‌آزمون آن متغیر به عنوان کواریتته انجام شد.

نتایج

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد، میانگین سنی سه گروه آموزش مهارت‌خودتعیین‌گری، عاطفه‌هراسی و گروه گواه (به ترتیب ۱۵/۲، ۱۶/۵ و ۱۵/۷) است و تحلیل داده‌ها مربوط به خصوصیات جمعیت‌شناختی نشان داد،

اعضای هر سه گروه با هم قابل قیاس و همگن بودند. زمانی که فرد مورد تجاوز قرار گرفته بود به سه گروه (تا ۶ ماه قبل، تا ۱ سال قبل و تا ۲ سال قبل) تقسیم شد که نتایج نشان داد گروه آموزش مهارت‌خودتعیین‌گری (۳ نفر تا ۶ ماه قبل، ۷ نفر تا ۱ سال قبل و ۵ نفر تا ۲ سال قبل)، عاطفه‌هراسی (۴ نفر تا ۶ ماه قبل، ۹ نفر تا ۱ سال قبل و ۲ نفر تا ۲ سال قبل) و گروه گواه (۶ نفر تا ۶ ماه قبل، ۵ نفر تا ۱ سال قبل و ۴ نفر تا ۲ سال قبل) است.

با توجه به جدول ۳، میانگین و انحراف معیار متغیرهای فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش (آموزش مهارت‌خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی) نسبت به گروه گواه، در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع گروه در مراحل آزمون

گروه							
گواه		درمان عاطفه‌هراسی		مهارت‌های خودتعیین‌گری			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۷/۳۴	۳۹/۷۳	۶/۳۲	۴۱/۶۶	۶/۲۳	۴۰/۸۰	پیش‌آزمون	فراهیجان منفی
۷/۰۷	۳۹/۰۶	۳/۵۶	۲۵/۵۳	۶/۷۳	۳۷/۸۰	پس‌آزمون	
۶/۵۹	۳۸/۷۳	۳/۲۳	۲۶/۰۶	۶/۸۰	۳۹/۴۰	پیگیری	
۴/۹۹	۲۶/۰۶	۵	۲۸	۳/۷۲	۲۸/۲۰	پیش‌آزمون	فراهیجان مثبت
۵/۱۳	۲۵/۹۳	۵/۲۲	۴۳/۸۰	۵/۱۱	۴۰/۹۳	پس‌آزمون	
۴/۸۹	۲۵/۹۳	۴/۷۴	۴۴/۰۶	۴/۸۲	۴۰/۸۶	پیگیری	
۲/۸۷	۱۴/۴۶	۲/۸۹	۱۵/۳۳	۳/۳۹	۱۶/۴۰	پیش‌آزمون	چالش
۲/۶۷	۱۴/۵۲	۲/۵۲	۱۵/۰۶	۴/۵۰	۳۰/۲۰	پس‌آزمون	
۲/۵۸	۱۴/۸۰	۲/۶۹	۱۵/۴۶	۴/۷۳	۲۹/۳۳	پیگیری	
۴/۷۷	۲۳/۰۶	۶/۲۵	۲۰/۸۰	۴/۷۳	۲۰/۳۳	پیش‌آزمون	تعهد
۴/۵۸	۲۲	۵/۸۱	۳۹/۵۳	۴/۴۵	۳۳/۸۰	پس‌آزمون	
۴/۶۱	۲۱/۴۶	۵/۵۳	۳۸/۲۸	۵/۳۴	۳۸/۸۰	پیگیری	
۳/۲۸	۱۵/۶۶	۲/۹۷	۱۴/۱۳	۲/۶۴	۱۴/۴۰	پیش‌آزمون	کنترل هیجانی
۳/۱۰	۱۵/۳۳	۳/۰۲	۲۶/۸۰	۲/۷۲	۱۴/۴۰	پس‌آزمون	
۳/۰۱	۱۵/۷۳	۳/۱۳	۲۷/۵۳	۲/۵۴	۱۴/۸۰	پیگیری	
۲/۶۶	۱۴/۴۰	۳/۷۳	۱۴/۶۰	۲/۲۱	۱۴/۴۰	پیش‌آزمون	کنترل زندگی
۲/۶۱	۱۴/۴۶	۲/۲۹	۳۰	۲/۳۶	۲۳/۸۰	پس‌آزمون	
۲/۸۷	۱۴/۴۰	۲/۵۰	۳۰/۶۰	۲/۴۲	۲۴/۲۰	پیگیری	

ادامه جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع گروه در مراحل آزمون

گروه							
گواه		درمان عاطفه‌هراسی		مهارت‌های خودتعیین‌گری			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۵/۴۵	۲۲/۲۰	۲/۸۱	۲۲/۲۶	۴/۲۸	۲۰/۷۳	پیش‌آزمون	اعتمادبه‌نفس بین فردی
۶/۲۸	۲۳/۲۰	۳/۴۷	۳۳/۰۶	۴/۵۱	۲۰/۲۶	پس‌آزمون	
۵/۱۴	۲۰/۹۳	۲/۸۵	۳۲/۵۳	۳/۹۱	۲۰/۲۰	پیگیری	
۲/۱۶	۱۳/۱۳	۲/۲۶	۱۴	۲/۰۹	۱۳/۱۳	پیش‌آزمون	اعتمادبه‌نفس به توانایی‌ها
۲/۱۹	۱۳/۳۳	۲/۲۹	۲۵/۵۳	۲/۶۷	۲۰/۸۰	پس‌آزمون	
۲/۳۸	۱۳/۶۰	۲/۴۱	۲۵/۸۶	۲/۸۲	۲۰/۵۳	پیگیری	
۶/۲۳	۱۰۲/۹۳	۱۲/۶۴	۱۰۱/۱۳	۸/۶۸	۹۹/۲۰	پیش‌آزمون	استحکام روانی
۹/۳۰	۱۰۲/۸۰	۶/۴۲	۱۷۰	۸/۵۴	۱۴۸/۲۶	پس‌آزمون	
۹/۹۷	۱۰۰/۹۵	۷/۳۸	۱۷۳/۲۸	۹/۷۶	۱۴۵/۸۶	پیگیری	

و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوتی نداشته است و به طور کلی میانگین استحکام روانی در گروه عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. همچنین میانگین نمرات فراهیجان منفی و مثبت و استحکام روانی و ابعاد آن در گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوتی نداشته است.

در پژوهش حاضر، برای تحلیل استنباطی نتایج، از تحلیل آمیخته واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید؛ بنابراین قبل از آزمون تحلیل واریانس، پیش‌فرض‌های موردنیاز جهت کاربرد آزمون‌های پارامتریک بررسی گردید. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-25 و در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شدند. پیش‌فرض نرمال بودن با آزمون کولموگروف - اسمیرنف، در مورد همه متغیرها، فرض نرمال بودن نمرات را تأیید کرد ($p > 0/05$). نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد؛ پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس - کواریانس رعایت شده است ($p > 0/05$) و نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن در شرکت‌کنندگان سه گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری، درمان عاطفه‌هراسی و گروه گواه در جدول ۴، منعکس شده است.

یافته‌ها جدول ۳ نشان داد، میانگین فراهیجان مثبت در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است؛ اما بین میانگین فراهیجان منفی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت وجود ندارد و میانگین فراهیجان منفی و فراهیجان مثبت در گروه عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. همچنین یافته‌های جدول ۳ نشان داد؛ میانگین استحکام روانی در زیرمقیاس‌های چالش، تعهد، کنترل زندگی و اعتماد به نفس به توانایی‌ها در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است؛ اما در زیرمقیاس‌های کنترل هیجانی و اعتماد به نفس بین فردی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوتی نداشته است. به طور کلی میانگین استحکام روانی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. میانگین استحکام روانی در زیرمقیاس‌های تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به نفس به توانایی‌ها و اعتماد به نفس بین فردی در گروه عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است؛ اما در زیرمقیاس چالش در مرحله پس‌آزمون

جدول ۴. نتایج لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های سه گروه در جامعه

متغیر	مرحله	F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	معناداری
فراهیجان منفی	پس‌آزمون	۵/۰۲۸	۲	۴۲	۰/۰۱۱
	پیگیری	۶/۶۵۱	۲	۴۲	۰/۰۰۳
فراهیجان مثبت	پس‌آزمون	۰/۱۵۹	۲	۴۲	۰/۸۵۴
	پیگیری	۰/۰۹۰	۲	۴۲	۰/۹۱۴
چالش	پس‌آزمون	۵/۱۶۰	۲	۴۲	۰/۰۱۰
	پیگیری	۳/۱۴۱	۲	۴۲	۰/۰۴۳
تعهد	پس‌آزمون	۰/۷۷۷	۲	۴۲	۰/۴۶۶
	پیگیری	۰/۰۵۷	۲	۴۲	۰/۹۴۴
کنترل هیجانی	پس‌آزمون	۰/۱۰۹	۲	۴۲	۰/۸۹۷
	پیگیری	۰/۳۳۱	۲	۴۲	۰/۷۲۰
کنترل زندگی	پس‌آزمون	۰/۰۵۲	۲	۴۲	۰/۹۴۹
	پیگیری	۰/۱۰۲	۲	۴۲	۰/۹۰۳
اعتمادبه‌نفس بین فردی	پس‌آزمون	۰/۷۵۴	۲	۴۲	۰/۴۷۷
	پیگیری	۲/۵۳۹	۲	۴۲	۰/۱۰۸
اعتمادبه‌نفس به توانایی‌ها	پس‌آزمون	۰/۲۲۰	۲	۴۲	۰/۸۰۳
	پیگیری	۰/۳۴۹	۲	۴۲	۰/۷۰۷
استحکام روانی	پس‌آزمون	۰/۸۴۴	۲	۴۲	۰/۴۳۷
	پیگیری	۰/۹۷۹	۲	۴۲	۰/۳۸۴

است ($p > ۰/۰۵$) و بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری همگنی وجود دارد و رابطه خطی برقرار است؛ بنابراین با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها، امکان اجرای تحلیل واریانس مکرر بر روی نتایج جهت بررسی فرضیات پژوهش بلامانع است. در ادامه، به منظور بررسی این تفاوت‌ها، نتایج تحلیل واریانس مکرر بررسی شد و نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در مورد همه متغیرها برقرار است و بین میزان واریانس خطای گروه‌ها همگنی وجود دارد. در نهایت، در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن، معنادار نبوده

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس مکرر برای بررسی تأثیرات درون و بین گروهی تأثیر درمان عاطفه‌هراسی و آموزش مهارت خودتعیین‌گری بر فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد آن‌ها

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
فراهیجان منفی	درون گروهی	زمان	۱/۲۳	۵۳۴/۰۶۷	۱۰۰/۶۶۷	۰/۰۰	۰/۷۰
		زمان × گروه	۲/۴۷	۵۹۶/۰۵۵	۶۹/۵۰۱	۰/۰۰	۰/۷۶
	بین گروهی	خطا	۴۴۵/۶۴۴	۵۱/۵۹	۸/۵۷۶		
		گروه	۲۱۸۲/۷۱۱	۲	۱۰۹۱/۳۵۶	۱۰/۵۳۳	۰/۰۰
فراهیجان مثبت	درون گروهی	زمان	۱/۲۲	۲۲۱۷/۹۴۴	۲۷۹/۴۲	۰/۰۰	۰/۸۶
		زمان × گروه	۲/۴۴	۵۹۱/۷۳۹	۵۹۱/۷۳۹	۵۹۱/۷۳۹	۰/۰۰
	بین گروهی	خطا	۴۰۶/۵۷۸	۵۱/۲۷	۷/۹۳		
		گروه	۴۳۵۱/۵۵۶	۴۲	۱۰۳/۶۰۸		

ادامه جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس مکرر برای بررسی تأثیرات درون و بین گروهی تأثیر درمان عاطفه‌هراسی و آموزش مهارت خودتعیین‌گری بر فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد آن‌ها

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
فراهیجان مثبت	بین گروهی	گروه	۲	۲۰۸۴/۶۸۹	۳۳/۹۳	۰/۰۰	۰/۹۸
	خطا	۲۵۸۰/۲۲	۴۲	۶۱/۴۳۴			
چالش	درون گروهی	زمان	۱/۳۶	۴۴۳/۳۸۲	۴۸/۱۵	۰/۰۰	۰/۵۳
		زمان×گروه	۲/۷۲	۴۳۶/۴۲۳	۴۷/۳۹	۰/۰۰	۰/۶۹
	خطا	۵۷/۲۶	۹/۲۰				
	بین گروهی	گروه	۲	۱۶۲۱/۱۶۳	۷۹/۹۲	۰/۰۰	۰/۷۹
	خطا	۸۵۱/۸۶۷	۴۲	۲۰/۲۸			
تعهد	درون گروهی	زمان	۱/۳۷	۳۰۱۴/۵۶۸	۲۵۴/۱۷۰	۰/۰۰	۰/۸۳
		زمان×گروه	۲/۷۵	۹۳۵/۱۰۰	۷۸/۸۴	۰/۰۰	۰/۷۸
	خطا	۵۷/۷۶	۱۱/۸۶				
	بین گروهی	گروه	۲	۱۶۷۸/۸۹۶	۲۶/۴۲	۰/۰۰	۰/۵۵
	خطا	۲۶۶۸/۷۵۶	۴۲	۶۳/۵۴۲			
کنترل هیجانی	درون گروهی	زمان	۱/۵۲	۳۷۹/۸۱۰	۸۳/۹۹	۰/۰۰	۰/۶۶
		زمان×گروه	۳/۰۴	۳۷۰/۵۹۵	۸۱/۵۹	۰/۰۰	۰/۷۹
	خطا	۶۰/۹۰					
	بین گروهی	گروه	۲	۹۱۷/۰۸۹	۴۷/۷۸	۰/۰۰	۰/۶۹
	خطا	۸۰۶/۰۸۹	۴۲	۱۹/۱۹۳			
کنترل زندگی	درون گروهی	زمان	۱/۱۴	۱۹۰۲/۶۱۷	۲۳۷/۸۷۴	۰/۰۰	۰/۸۵
		زمان×گروه	۲/۲۸	۵۴۸/۳۴۵	۶۸/۵۵۷	۰/۰۰	۰/۷۶
	خطا	۴۸	۷/۹۹				
	بین گروهی	گروه	۲	۱۲۸۹/۳۴۱	۱۰۵/۵۱۰	۰/۰۰	۰/۸۳
	خطا	۵۱۳/۲۴۴	۴۲	۱۲/۲۲			
اعتماد به نفس بین فردی	درون گروهی	زمان	۱/۵۴	۲۲۴/۲۵۸	۱۸/۵۱۳	۰/۰۰	۰/۳۰
		زمان×گروه	۳/۰۹	۲۶۰/۱۵۲	۲۱/۴۷۶	۰/۰۰	۰/۵۰
	خطا	۶۵/۰۳۳	۱۲/۱۱۳				
	بین گروهی	گروه	۲	۱۰۰۰/۹۵۶	۲۴/۷۰	۰/۰۰	۰/۵۴
	خطا	۱۷۰/۸۲۲	۴۲	۴۰/۵۲۰			
اعتماد به نفس به توانایی‌ها	درون گروهی	زمان	۱/۱۹	۱۰۶۹/۴۲۱	۲۳۱/۸۳۸	۰/۰۰	۰/۸۴
		زمان×گروه	۲/۳۸	۲۷۷/۷۱۶	۶۰/۲۰۶	۰/۰۰	۰/۸۴
	خطا	۵۰	۴/۶۱				
	بین گروهی	گروه	۲	۸۰۷/۲۳۰	۷۰/۲۲	۰/۰۰	۰/۷۷
	خطا	۴۸۲/۶۴۶	۴۲	۱۱/۴۹۴			
استحکام روانی	درون گروهی	زمان	۱/۶۰	۲۸۳۳۷/۶۴۵	۵۳۱/۵۴۷	۰/۰۰	۰/۹۲
		زمان×گروه	۳/۲۱	۸۱۱۳/۱۹۱	۱۵۲/۱۸۴	۰/۰۰	۰/۸۷
	خطا	۶۷/۴۱	۵۳/۳۱۲				
	بین گروهی	گروه	۲	۲۳۴۴۷/۴۸۹	۱۵۲/۳۴۹	۰/۰۰	۰/۸۷
	خطا	۶۴۶۴/۰۸۹	۴۲	۱۵۳/۹۰۷			

استحکام روانی و ابعاد تأثیر معنادار دارد و به ترتیب ۰/۳۳، ۰/۹۸، ۰/۷۹، ۰/۵۵، ۰/۶۹، ۰/۸۳، ۰/۵۴، ۰/۷۷ و ۰/۸۷ درصد از تفاوت در نمرات فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، چالش، تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به نفس بین فردی، اعتماد به نفس به توانایی‌ها و استحکام روانی را تبیین می‌کند.

پس از کنترل متغیر پیش‌آزمون، میانگین نمرات تعدیل‌شده فراهیجان منفی و فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن، در ادامه به منظور نشان دادن تفاوت میانگین‌های زوجی از آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد و نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی بر حسب ۳ گروه و تأثیر مداخلات بر نمرات فراهیجان منفی و فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن در جدول ۶ ارائه شده است.

نتایج جدول ۵ حاکی از آن است که اثر درون‌گروهی (عامل زمان) بر متغیرهای ابعاد فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد آن اثر معنادار است و به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۸، ۰/۶۹، ۰/۷۸، ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۵۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۷ درصد از تفاوت در واریانس نمرات فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، چالش، تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به نفس بین فردی، اعتماد به نفس به توانایی‌ها و استحکام روانی در گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون را تبیین می‌کند. از طرفی دیگر اثر بین‌گروهی روش درمانی نیز بر ابعاد فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد آن معنادار است و نشان می‌دهد بین نمرات ابعاد فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج بیانگر آن بود که نوع مداخله دریافتی در مراحل ارزیابی هم بر ابعاد فراهیجان و

جدول ۶. آزمون تعقیبی بونفرنی برای مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها و انحراف استاندارهای تعدیل‌شده نمرات فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن

متغیر	مرحله	گروه	گروه مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت انحراف استانداردها	معناداری
فراهیجان منفی	پس‌آزمون	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	۱۵/۶۷۰	۱/۱۱۱	۰/۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	-۱/۳۷۳	۱/۲۲۴	۰/۸۱۰
			کنترل	-۱۷/۰۴۳	۱/۲۵۲	۰/۰۰
	پیگیری	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	۱۴/۷۷۸	۱/۲۳۹	۰/۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	-۰/۹۵۵	۱/۳۶۴	۱/۰۰۰
			کنترل	-۱۵/۷۳۳	۱/۳۹۶	۰/۰۰
فراهیجان مثبت	پس‌آزمون	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	-۲/۶۴۷	۱/۳۷۲	۰/۱۸۶
		عاطفه‌هراسی	کنترل	۱۲/۰۷۹	۱/۵۱۱	۰/۰۰
			کنترل	۱۴/۷۲۶	۱/۵۴۶	۰/۰۰
	پیگیری	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	-۳/۰۳۰	۱/۳۲۷	۰/۰۸۶
		عاطفه‌هراسی	کنترل	-۱۲/۴۶۱	۱/۴۶۱	۰/۰۰
			کنترل	۱۵/۴۹۰	۱/۴۹۵	۰/۰۰
چالش	پس‌آزمون	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	۱۴/۱۵۸	۰/۷۹۴	۰/۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	۱۴/۲۱۱	۰/۸۷۵	۰/۰۰
			کنترل	۰/۰۵۳	۰/۸۹۵	۱/۰۰۰
	پیگیری	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	۱۳/۳۹۷	۱/۳۴۴	۰/۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	۱۳/۶۱۷	۱/۴۸۱	۰/۰۰
			کنترل	۰/۲۲۰	۱/۵۱۵	۱/۰۰۰

ادامه جدول ۶. آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها و انحراف استانداردهای تعدیل شده نمرات فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن

متغیر	مرحله	گروه	گروه مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت انحراف استانداردها	معناداری
تعهد	پس‌آزمون	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	-۰/۴۵۷	۰/۹۱۳	۱/۰۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	۱۸/۳۸۶	۰/۰۰	۰/۰۰
			کنترل	۱۸/۸۲۴	۰/۰۰	۰/۰۰
	پیگیری	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	۰/۷۳۱	۱/۶۰۴	۱/۰۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	۱۸/۱۸۱	۱/۷۶۶	۰/۰۰
			کنترل	۱۷/۴۵۰	۰/۰۰	۰/۰۰
کنترل هیجانی	پس‌آزمون	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	-۱۲/۴۵۳	۰/۹۰۴	۰/۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	۰/۴۱۰	۰/۹۹۶	۱/۰۰۰
			کنترل	۱۲/۸۶۴	۰/۰۰	۰/۰۰
	پیگیری	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	-۱۲/۹۵۹	۰/۹۶۰	۰/۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	-۰/۵۴۷	۱/۰۵۷	۱/۰۰۰
			کنترل	۱۲/۴۱۲	۰/۰۰	۰/۰۰
کنترل زندگی	پس‌آزمون	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	-۶/۰۳۷	۰/۹۴۷	۰/۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	۶/۶۹۱	۱/۰۴۳	۰/۰۰
			کنترل	۱۵/۷۲۸	۰/۰۰	۰/۰۰
	پیگیری	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	-۶/۱۲۲	۱/۰۷۱	۰/۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	۹/۹۷۸	۱/۱۸۰	۰/۰۰
			کنترل	۱۶/۱۰۱	۰/۰۰	۰/۰۰
اعتماد به نفس به بین فردی	پس‌آزمون	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	-۱۲/۷۹۶	۱/۷۸۵	۰/۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	-۲/۳۷۳	۱/۹۶۵	۰/۷۰۷
			کنترل	۱۰/۴۲۳	۲/۰۱۱	۰/۰۰
	پیگیری	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	-۱۱/۲۸۲	۰/۹۵۱	۰/۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	۰/۳۰۵	۱/۰۴۸	۱/۰۰۰
			کنترل	۱۱/۵۸۷	۰/۰۰	۰/۰۰
اعتماد به نفس به توانایی‌ها	پس‌آزمون	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	-۴/۵۱۶	۰/۸۸۶	۰/۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	۷/۴۱۲	۰/۹۷۶	۰/۰۰
			کنترل	۱۱/۹۲۸	۰/۰۰	۰/۰۰
	پیگیری	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	-۵/۱۷۶	۰/۹۳۷	۰/۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	۶/۸۱۲	۱/۰۳۲	۰/۰۰
			کنترل	۱۱/۹۸۹	۰/۰۰	۰/۰۰
استحکام روانی	پس‌آزمون	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	-۲۲/۱۰۲	۲/۸۵۷	۰/۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	۴۷/۷۱۹	۳/۱۴۶	۰/۰۰
			کنترل	۶۹/۸۲۱	۳/۲۱۹	۰/۰۰
	پیگیری	خودتعیین‌گری	عاطفه‌هراسی	-۲۱/۴۱۲	۳/۲۳	۰/۰۰
		عاطفه‌هراسی	کنترل	۴۸/۳۴۷	۳/۵۵	۰/۰۰
			کنترل	۶۹/۷۵۹	۳/۶۴۰	۰/۰۰

مطابق با یافته‌های جدول ۶، تفاوت بین میانگین نمرات فراهیجان منفی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۱۵/۶۷۰ و در مرحله پیگیری ۱۴/۷۷۸ و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱/۳۷۳- و در مرحله پیگیری ۰/۹۵۵- و به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۷/۰۴۳- و در مرحله پیگیری ۱۵/۷۳۳- و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$). همچنین، تفاوت بین میانگین نمرات فراهیجان مثبت در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۲/۶۴۷- و در مرحله پیگیری ۳/۰۳۰- و به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۲/۰۷۹ و در مرحله پیگیری ۱۲/۴۶۱- و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۴/۷۲۶ و در مرحله پیگیری ۱۵/۴۹۰ و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$).

در مجموع می‌توان گفت: میانگین تعدیل شده پس‌آزمون و پیگیری فراهیجان منفی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری ندارد و این درمان نتوانسته است در بهبود فراهیجان منفی دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی نقش داشته باشد؛ اما میانگین تعدیل شده پس‌آزمون و پیگیری فراهیجان منفی در گروه عاطفه‌هراسی نسبت به گروه گواه و گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری به‌طور معنی‌داری بالاتر است و نتایج حکایت از اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی بر روی بهبود فراهیجان منفی دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی دارد. همچنین نتایج نشان داد، میانگین‌های تعدیل شده فراهیجان مثبت هر دو درمان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه بالاتر است که نشان از اثربخشی درمان‌ها بر بهبود فراهیجان مثبت دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی دارد؛ اما بین میانگین‌های فراهیجان مثبت دو گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو درمان به یک اندازه اثربخش بوده‌اند. از سوی دیگر، مطابق با یافته‌های جدول ۶، تفاوت بین

میانگین نمرات چالش در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۱۴/۱۵۸ و در مرحله پیگیری ۱۳/۳۹۷ و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۴/۲۱۱ و در مرحله پیگیری ۱۳/۶۱۷ و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۰/۰۵۳ و در مرحله پیگیری ۰/۲۲۰ و به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0/05$). تفاوت بین میانگین نمرات تعهد در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۰/۴۵۷- و در مرحله پیگیری ۰/۷۳۱ و به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۸/۳۸۶ و در مرحله پیگیری ۱۸/۱۸۱ و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۸/۸۲۴ و در مرحله پیگیری ۱۷/۴۵۰ و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$). تفاوت بین میانگین نمرات کنترل هیجانی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۱۲/۴۵۳- و در مرحله پیگیری ۱۲/۹۵۹- و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۰/۴۱۰ و در مرحله پیگیری ۰/۵۴۷- و به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۲/۸۶۴ و در مرحله پیگیری ۱۲/۴۱۲ و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$). تفاوت بین میانگین نمرات کنترل زندگی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۶/۰۳۷- و در مرحله پیگیری ۶/۱۲۲- و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۶/۶۹۱ و در مرحله پیگیری ۹/۹۷۸ و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۵/۷۲۸ و در مرحله پیگیری ۱۶/۱۰۱ و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$). تفاوت بین میانگین

خودتعیین‌گری در افزایش استحکام روانی دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی اثربخشی بیشتری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی بر فراهیجان و استحکام روانی دختران نوجوان با تجربه سوءاستفاده جنسی انجام شد. نتایج نشان داد؛ هر دو روش درمانی بر افزایش فراهیجان مثبت در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده‌اند؛ اما فقط روش درمانی عاطفه‌هراسی بر بهبود فراهیجان منفی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده است. همچنین نتایج حاکی از آن است که بین دو درمان از نظر تأثیر و افزایش ابعاد استحکام روانی تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین نمرات استحکام روانی در زیرمقیاس‌های چالش، تعهد، کنترل زندگی و اعتماد به نفس به توانایی‌ها در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است؛ اما در زیرمقیاس‌های کنترل هیجانی و اعتماد به نفس بین فردی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد و میانگین استحکام روانی در زیرمقیاس‌های تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به نفس به توانایی‌ها و اعتماد به نفس بین فردی در گروه عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است؛ اما در زیرمقیاس چالش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. به طور کلی درمان عاطفه‌هراسی نسبت به آموزش مهارت خودتعیین‌گری، بهتر توانسته است، نمرات استحکام روانی این افراد را بهبود ببخشد. یافته‌های پژوهش با پژوهش شاه‌سیاه و همکاران [۴۲] همسو بود. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند، مشکلات هیجانی نظیر ناگویی هیجانی و کاهش ذهن‌آگاهی می‌تواند بر عملکرد نابهنجار مهارت‌های خودتعیین‌گری دختران با سابقه خودزنی و سوءاستفاده جنسی، مرتبط باشد. همچنین یوسفوند و همکاران [۴۳] در پژوهش خود نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند بر تغییر سطح نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل دختران با سابقه سوءاستفاده افسرده اثر معناداری داشته باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت؛ که درمان عاطفه‌هراسی

نمرات اعتماد به نفس بین فردی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۱۲/۷۹۶- و در مرحله پیگیری ۱۱/۲۸۲- و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۲/۳۷۳- و در مرحله پیگیری ۰/۳۰۵ و به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۶/۱۰۱ و در مرحله پیگیری ۱۱/۵۸۷ و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$). تفاوت بین میانگین نمرات اعتماد به نفس به توانایی‌ها در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۴/۵۱۶- و در مرحله پیگیری ۵/۱۷۶- و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۷/۴۱۲ و در مرحله پیگیری ۶/۸۱۲ و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۱۱/۹۲۸ و در مرحله پیگیری ۱۱/۹۸۹ و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$). در نهایت، تفاوت بین میانگین نمرات کل استحکام روانی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون ۲۲/۱۰۲- و در مرحله پیگیری ۲۱/۴۱۲- و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۴۷/۷۱۹ و در مرحله پیگیری ۴۸/۳۴۷ و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون ۶۹/۸۲۱ و در مرحله پیگیری ۶۹/۷۵۹ و به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$).

در مجموع می‌توان گفت؛ میانگین تعدیل شده پس‌آزمون و پیگیری استحکام روانی در هر دو درمان نسبت به گروه گواه بالاتر است که نشان از اثربخشی درمان‌ها بر بهبود استحکام روانی دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی دارد؛ همچنین نتایج حاکی از آن است که بین میانگین‌های استحکام روانی دو گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی نیز تفاوت معناداری وجود دارد و درمان عاطفه‌هراسی نسبت به آموزش مهارت‌های

[۳۳]؛ بنابراین، آگاهی به هیجانات و ادراک رنج‌ها در گذشته و نه در آینده تنظیم نمی‌گردد، بلکه فقط در همان لحظه ظهور در فرآیند درمان قابل تنظیم است و از این رو آگاهی از هیجانات افزایش یافته، احساس می‌کند کنترل بیشتری بر روی خود و رویدادهای زندگی‌اش دارد و فرد استحکام روانی بیشتری را تجربه خواهد کرد.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، در تأیید اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری در فراهیجان و استحکام روانی دختران با تجربه سوء استفاده جنسی است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش کنت [۲۷]، دامن [۲۸]، توسلی [۲۹] و منصورنژاد [۳۰] همسو می‌باشد. در تبیین بخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری باید گفت؛ خودتعیین‌گری توانایی تشخیص و کسب هدف بر مبنای شناخت و ارزشمند دانستن خود می‌باشد که همه رفتارها با ملاحظه میزان احساس خودمختاری یا خودتعیین‌گری‌شان تغییر می‌دهد [۲۳]. یکی از فرضیات خودتعیین‌گری این است که رفتارها می‌توانند در یک ردیف متوالی از احساسات برای حس خودمختاری کامل و خودتعیین‌گری تا کنترل کامل و عدم خودتعیین‌گری قرار بگیرند [۲۴]. خودتعیین‌گری مجموعه‌ای از رفتارها و مهارت‌هایی را از محیط‌های خانه و اجتماعی فرامی‌گیرد که افراد را قادر می‌سازد در زندگی به‌طور مستقل، تصمیم‌گیری کرده و مشکلات خود را حل و فصل کند [۲۵]. این کار باعث می‌شود که فرد از تجارب مثبت خود، هیجانات مثبت نظیر فراعلاقه و فرادلسوزی را دریافت کند؛ اما همانطور که نتایج پژوهش نشان داد، مهارت خودتعیین‌گری در بهبود هیجانات منفی مؤثر نیست و به نظر می‌رسد این درمان نمی‌تواند در شناخت و یکپارچه کردن هیجانات منفی نظیر خشم و فرونشانی نقش داشته باشد. همچنین مهارت‌های خودتعیین‌گری می‌توانند در افزایش استحکام روانی افراد در برابر مشکلات زندگی، نقش داشته باشد و فرد بتواند توانایی مقابله با چالش‌های جدید زندگی خود و تعهد در قبال آن را پیدا کند، احساس کند بر رویدادهای زندگی خود کنترل دارد و در نتیجه اعتماد به نفس به توانایی‌هایش افزایش یابد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها برای پژوهش

همانند دیگر پژوهش‌ها، این پژوهش نیز محدودیت‌هایی بر اعتبار نتایج و یافته‌های پژوهش حاضر داشت، از قبیل

شناخت تعارضات هیجانی افراد، از بین بردن دفاع‌ها و بازسازی احساسات افراد و حساسیت زدایی، می‌تواند آگاهی بهتری را نسبت به هیجانات برای افراد در مقایسه با آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری، رقم بزند و باعث بهبود بیشتر فراهیجان و استحکام روانی افراد در برابر مشکلات زندگی می‌شود اما مهارت‌های خودتعیین‌گری بیشتر به مسائل شناختی و مؤلفه‌های درون فردی فرد می‌پردازد و روابط و هیجانات بین فردی را کمتر مدنظر قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد، عناصر هیجانی در تجربه سوء استفاده جنسی نقش اساسی دارد و بهبود آن می‌تواند در بازسازی هیجانی و شناختی افراد نقش داشته و سلامت روان آن‌ها را بهبود بخشد.

یافته پژوهش حاضر، در تأیید اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی در فراهیجان و استحکام روانی دختران با تجربه سوء استفاده جنسی است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش ساندر [۳۳]، فرانکل [۳۶]، کالاکلی [۳۷] و حاج محمد حسینی [۳۴] همسو است. در تبیین بخشی درمان عاطفه‌هراسی باید گفت که دفاع‌ها با هدف کاهش آگاهی نسبت به هیجانات منفی، باعث می‌شود این هیجانات در سطح ناهوشیار باقی بمانند و در نتیجه فرد برای عدم تجربه هیجانات ناخوشایند به اجتناب از محرک‌های بر انگیزاننده هیجانات منفی نظیر خشم و فرونشانی می‌پردازد [۳۲]. این کار باعث می‌شود که فرد از تجربه هیجانات مثبت و خوشایند نظیر علاقه و دلسوزی نیز باز بماند و استحکام روانی فرد کاهش یابد و فرد توانایی تعهد در قبال زندگی خود نداشته باشد، کنترل هیجانی خود را از دست بدهد، احساس کند بر رویدادهای زندگی خود کنترل ندارد و در نتیجه اعتماد به نفس به توانایی‌ها و اعتماد به نفس بین فردی او کاهش یابد. در درمان عاطفه‌هراسی، درمانگر علاوه بر شناسایی بستر ادراک هیجانات و رنج‌ها، در بیمار شدت آن‌ها را نیز بررسی می‌کند. سپس از طریق سازش‌یافتگی کارکردهای ایگو در این درمان، به فرد کمک می‌کند تا به مشاهده و توجه به هیجاناتشان بپردازد و خودتنظیمی صحیحی را به فرد بیاموزد. هنگامی که افراد از روی عادت هیجانات و رنج‌هایشان را نادیده می‌گیرند، هیجانات منفی تنظیم نشده باقی می‌ماند، از این رو درمانگر هر دفاعی را که مانع تنظیم ترس می‌شود در لحظه قطع کرده و توجه فرد را به تجربه بدنی‌اش از هیجانات در همان لحظه جلب می‌کند

- 5- Kletenik I, Sillau SH, Isfahani SA, LaFaver K, Hallett M, Berman BD. Gender as a risk factor for functional movement disorders: the role of sexual abuse. *Movement disorders clinical practice*. 2020 Feb; 7(2): 177-81. <https://doi.org/10.1002/mdc3.12863>
- 6- Hébert M, Langevin R, Oussaïd E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of affective disorders*. 2018; 225: 306-12. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.044>
- 7- Sadock BJ, & Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: *Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 11th, editor: Lippincott Williams & Wilkins. 2015.
- ۸- قاضی‌زاده، س، مشهدی ع، طیبی ز، سلطانی فر، ع. اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان با تجربه سوءاستفاده جنسی. *مجله روانشناسی بالینی*. ۱۳۹۹؛ ۱۲(۴): ۷۷-۸۹. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.19370.1788>
- 9- Bartsch A. Meta-emotion: How films and music videos communicate emotions about emotions. *Projections*. 2019; 2(1): 45-59.
- 10-Ebadi M, Basharpour S, and Narimani M. Fitting the Causal Model Based on the Couple Relationship Distress According to Negative Meta-Emotion: The Mediating Role of Rejection Sensitivity in Married People. *Journal of Family Psychology*. 2021; 7(2): 61-74. <https://doi.org/10.22034/ijfp.2021.245575>
[In Persian]
- 11-Bailen N, Thompson J. Meta-emotions in daily life: Associations with emotional awareness and depression. *Journal of Emotion*. 2019; 19(5): 776-787. <https://doi.org/10.1037/emo0000488>
- 12-Srinivasan P, Pushpam M. Exploring the influence of metacognition and metaemotion strategies on the outcome of students of IX Std. *American Journal of Educational Research*. 2016; 4(9): 663- 68. <http://dx.doi.org/10.12691/education-4-9-3>
- 13-Pina JA, Passos AM, Maynard MT, Sinval J. Self-efficacy, mental models and team adaptation: A first approach on football and futsal refereeing. *Psychology of Sport and Exercise*. 2021; 1(15): 101787. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2020.101787>

آنکه ویژگی‌های خاص نمونه از جمله نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس که در تعمیم نتایج باید رعایت جوانب احتیاط شود. همچنین این طرح محدود به گروه سنی نوجوان بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های سنی را تحت تأثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در دیگر گروه‌ها، انجام شده و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد و در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی برای افزایش تعمیم نتایج استفاده شود. همچنین با توجه به اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی و آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی دختران دارای تجربه سوء استفاده جنسی، پیشنهاد می‌شود؛ نتایج این پژوهش جهت آگاهی بیشتر در اختیار مراکز درمانی قرار گیرد و این شیوه‌های درمانی به عنوان مکمل درمان‌های دیگر، جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد دارای تجربه سوء استفاده جنسی استفاده شود.

سپاسگزاری

در پایان، پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند از کلیه آزمودنی‌ها که کمال تشکر و قدردانی را به عمل آوردند.

منابع

- 1- Mathews B, Collin-Vézina D. Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2019 Apr; 20(2): 131-48. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>
- 2- Noll JG. Child sexual abuse as a unique risk factor for the development of psychopathology: the compounded convergence of mechanisms. *Annual review of clinical psychology*. 2021 May 7; 17: 439-64. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-112621>
- ۳- آزادی ا، سنجرانی س، بخشایش ع ر. تجربه زیسته دختران از سوء استفاده جنسی در دوران کودکی: مطالعه کیفی، *فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۲؛ ۲۱(۲): ۴۹-۵۸. <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.15789.1197>
- 4- Angelakis I, Austin JL, Gooding P. Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*. 2020 Aug 3; 3(8): e2012563. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563>

- 23-Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York: Guilford Press. 2017. <http://dx.doi.org/10.7202/1041847ar>
- 24-Yang Y, Zhang Y, & Sheldon K. Self-determined motivation for studying abroad predicts lower culture shock and greater well-being among international students: The mediating role of basic psychological needs satisfaction. *International Journal of Intercultural Relations*. 2018; 63: 95-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijintrel.2017.10.005>
- 25-Forest J, Gradito Dubord A, Olafsen A, Carpentier J. Shaping tomorrow's workplace by integrating self-determination theory: A literature review and recommendations. Chapter to be published in R. Ryan, & E. Deci (Eds.), *The Oxford Handbook of work engagement, motivation, and self-determination theory*. Oxford University Press: New York. 2022. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197600047.013.45>
- 26-Xiang C, Wang X, Xie T, Fu C. Differential effects of work and family support on the relationship between surface acting and wellbeing: A self-determination theory approach. *Psychological Reports*; 2023; 126(1): 198-219. <https://doi.org/10.1177/00332941211048471>
- 27-Kent A. Toward a Resilience Model of Student WellBeing: A Self-Determination Approach to Thriving and Burnout among College Students. Iowa State University ProQuest Dissertations. 2022. <https://doi.org/10.31274/td-20240329-812>
- 28-Damien T, Clement, G, Rebecca S. Promoting Motivation and Well-Being at School: the effect of a teacher training combining a self-determination theory-based intervention and positive psychology interventions. *Journal of SENS*. 2022; 12(4): 24-36. <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/nkrdz>
- ۲۹-توسلی ا، شریفی ط، احمدی ر. مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. ۱۴۰۲؛ ۳(۵): ۵۸۳-۵۹۵. <https://doi.org/10.22055/psy.2023.43647.3024>
- 14-Hengen K, Alpers G. Stress makes the difference: social stress and social anxiety in decision-making under uncertainty. *Front. Psychol*. 2021; 12: 578293. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.578293>
- 15-McCarrick D, Wolfson S, Neave N. Personality characteristics of UK Association Football referees. *Journal of Sport Behavior*. 2019; 42(4): 493-508. https://www.researchgate.net/publication/337798177_Personality_Characteristics_of_UK_soccer_referees
- 16-Clough P, Earle K, Sewell D. Mental toughness: The concept and its measurement. *Solutions in sport psychology*. 2002; 1: 32-45.
- 17-Lemieux S, Tourigny M, Joly J, Baril K, Séguin M. Characteristics associated with depression and post-traumatic stress disorder among childhood sexual abuse women. *Revue d'epidemiologie et de sante publique*. 2019 Jul 25; 67(5): 285-94. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.05.012>
- ۱۸-رضایی، م، قدم پور، ع، کاظمی ر. نقش میانجی اعتبارزدایی هیجانی در رابطه بین سوءاستفاده جنسی-هیجانی و نشانه‌های افسردگی در دانشجویان دختر. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*. ۱۳۹۷؛ ۲۵(۱): ۷۵-۹۹. <https://doi.org/10.22055/psy.2018.23678.1908>
- ۱۹-فیروزی ه، امیری ف، سعادت‌ن، رستمی م. نقش آزاردیدگی دوران کودکی بر تصویر بدنی و عملکرد جنسی در زنان. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۳۹۵؛ ۱۸(۶): ۳۱۶-۳۲۰. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2016.7754>
- 20-Eubanks JR, Kenkel MY, Gardner RM. Body-size perception, body-esteem, and parenting history in college women reporting a history of child abuse. *Perceptual and motor skills*. 2006 Apr; 102(2): 485-97. <https://doi.org/10.2466/pms.102.2.485-497>
- 21-Noll JG. Child sexual abuse as a unique risk factor for the development of psychopathology: the compounded convergence of mechanisms. *Annual review of clinical psychology*. 2021 May 7; 17: 439-64. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-112621>
- 22-Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical psychology review*. 2009 Nov 1; 29(7): 647-57. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>

- 37-Kalleklev J, Karterud S. coparative study of a mentalization – based versus a psychodynamic group therapy session. *Group Analysis*. 2018; 51(1): 44-60.
<http://dx.doi.org/10.1177/0533316417750987>
- 38- Mitmansgruber H, Beck T, Hofer S, et al. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and Meta emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*. 2009; 46(4): 4.
<https://awsptest.apa.org/record/2009-01111-014>
- 39-Ahadi B, Mehrinejad A, Moradi M. Cognitive failure in the elderly: the role of mindfulness and meta-emotion. *Journal aging Psychology*. 2017; 3(2): 115-125.
https://jap.razi.ac.ir/article_749_en.html
[In Persian]
- ۴۰- افسانه پورک سع، واعظ موسوی سم. روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه استحکام روانی ۴۸ سوالی، پژوهش‌نامه مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی. ۱۳۹۳؛ ۱۰(۱۹): ۳۹-۵۴.
<https://doi.org/10.22080/jsmb.2014.831>
- 41-Field S, Hoffman A. Fostering self-determination through building productive relationships in the classroom. *Intervention in school and clinic*. 1994; 48(1): 6-14.
<https://doi.org/10.1177/1053451212443150>
- ۴۲- شاه‌سیاه ن، رضاپورمر صالح ی، صافی م ه. روابط ساختاری ذهن‌آگاهی، خودتعیین‌گری، شفقت به خود و ناگویی هیجانی در دانش‌آموزان دختر دارای سابقه سوء استفاده و خودزنی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی. ۱۳۹۹؛ ۱۵(۶۰): ۱۴۹-۱۷۰.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.27173852.1399.15.60.12.6>
- ۴۳- یوسف‌وند م، الله‌قدم‌پور ع، حسینی ح، فرخ‌زادیدان ع ا. اثربخشی درمان DBT بر نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل دانش‌آموزان دختر مورد سوء استفاده مبتلا به افسردگی، مجله روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۳۹۷؛ ۱۶(۲): ۸۷-۹۸.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2860>
- ۲۰- منصورنژاد ز، ملک‌پور م، قمیرانی ا، یارمحمدیان ا. اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر نیازهای روانشناختی بنیادی دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده. مجله دست‌آوردهای روانشناختی. ۱۳۹۸؛ ۲۶(۱): ۱-۱۶.
<https://doi.org/10.22055/psy.2019.25336.2043>
- 31-McCullough L, Kuhn N, Kaplan A, Wolf J, Hurley C. *Treating affect phobia*. Publish by the Guilford press. A division of Guilford publications. Inc. 72 Spring street, New York: London: NY 10012. 2003.
- 32-Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee Y, Warren F, Howard S, Ghinia R, Fear P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire: The reflective functioning questionnaire. *PIOS ONE*. 2016; 11(7): e0158678.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- 33-Saunders R, Buckman E, Cape J, Fearon P, Leibowitz J, & Pilling S. Trajectories of depression and anxiety symptom change during psychological therapy. *Journal of affective disorders*. 2019; 249: 327-335.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.043>
- 34-Haj Mohammad Hosseini T, Mirza Hosseini H, Zargham Hajbi M.. Comparison of the effectiveness of mentalization-based therapy and phobia-based therapy on reducing depressive symptoms in borderline personality spectrum women, *Applied Family Therapy Quarterly*. 2022; 3(1): 21-36.
<https://doi.org/10.22034/aftj.2021.281831.1067>
[In Persian]
- 35-Ferankl M, Wennberg P, Berggraf L, Philips B. Affect Phobia Therapy for Mild to Moderate Alcohol Use Disorder: The Cases of “Carey,” “Michelle,” and “Mary”. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. 2018; (1): 214-257.
- 36-Ferankl M, Philips B, Berggraf L, Ulvenes P, Johansson R, & Wennberg P. Psychometric properties of the Affect Phobia Test. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2016; 57: 482-488. <https://doi.org/10.1111/sjop.12308>