



<https://jacp.scu.ac.ir/>

ISSN (P): 2538-5755

ISSN (E): 2588-6126

Received: 04 Apr 2023

Accepted: 24 May 2023

Research Article

<https://doi.org/10.22055/jacp.2024.46532.1364>

## Investigating the Effectiveness of Attachment-Based Family Therapy on Distress Tolerance, Self-Differentiation and Ataxia

Masoomeh Ghanavati<sup>1\*</sup>, Reza Johari<sup>2</sup>, Parvin Ehteshamzadeh<sup>3</sup>

1. PhD Student of Clinical Research, Faculty of Islam, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran

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

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

**Citation:** Ghanavati, M., Johari Fard, R., & Ehteshamzadeh, P. (2024). Investigating the effectiveness of attachment-based family therapy on distress tolerance, self-differentiation and ataxia. *Clinical Psychology Achievements*, 9(3), 15-28.

### Abstract

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of Attachment-based family therapy on the tolerance of emotional distress, self-differentiation, and Alexithymia in female adolescents with psychosomatic disorders. Method: This study is Type of experimental design design with pre-test and post-test along with the control group. The sample group of this research was teenagers aged 14 to 18 years old in Ahvaz city who were referred to counseling and psychotherapy centers of this city and had the criteria of psychosomatic disorders, 40 people were randomly selected and randomly selected in two groups of 20 people, experimental and control. Both groups were tested based on the Distress Tolerance Questionnaires of Simmons and Gaher (2005), Skowron and Friedlander (1998), and Bagbi et al (1994) Alexithymia. and then a ten-session protocol of attachment-based family therapy was presented to the experimental group, during this time, the control group did not receive any training. With the post-test control, according to the average distress tolerance, self-differentiation, and Alexithymia, the attachment-based family therapy method has reduced the amount of these variables, and there was no change in the control group Based on this, it can be concluded that the attachment-based family therapy intervention reduces Negative emotions emotional distress and Alexithymia, as well as increased psychological abilities such as self-differentiation.

**Keywords:** attachment-based family therapy, emotional distress tolerance, self-differentiation, alexithymia

\* Corresponding Author: Masoomeh Ghanavati

E-mail: [m.ghanavati.mg@gmail.com](mailto:m.ghanavati.mg@gmail.com)



© 2023 The Author(s). Published by Shahid Chamran University of Ahvaz. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



## بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی بر تحمل پریشانی، خود تمایز یافتگی و ناگویی خلقی

معصومه قنواتی<sup>۱\*</sup>، رضا جوهری فرد<sup>۲</sup>، پروین احتشام‌زاده<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی بر تحمل پریشانی هیجانی، خود تمایز یافتگی و ناگویی خلقی نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان‌تنی بود. این مطالعه از نوع طرح‌های آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. گروه نمونه‌ی این پژوهش را نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال شهر اهواز بودند که به مراکز مشاوره و روان‌درمانی این شهر مراجعه کرده و دارای ملاک‌های اختلالات روان‌تنی بودند که تعداد ۴۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل به صورت تصادفی انتخاب شدند. هر دو گروه بر اساس پرسشنامه‌های تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، تمایز یافتگی خود اسکورون و فریدلندر (۱۹۹۸) و ناگویی خلقی بگبی و همکاران (۱۹۹۴) مورد آزمون قرار گرفتند و سپس برای گروه آزمایش پروتکل ده جلسه‌ای خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی ارائه شد و در این مدت گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی نکردند. با کنترل پس‌آزمون با توجه به میانگین تحمل پریشانی، خود تمایز یافتگی و ناگویی خلقی روش خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی موجب کاهش میزان این متغیرها گردیده است و در گروه گواه تغییری ایجاد نشده است بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که مداخله‌ی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی موجب کاهش هیجانات منفی پریشانی هیجانی و ناگویی خلقی و همچنین افزایش توانایی‌های روانی مانند خود تمایز یافتگی شده است.

**کلیدواژه‌ها:** خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی، تحمل پریشانی هیجانی، خود تمایز یافتگی، ناگویی خلقی

## مقدمه

اختلال روان‌تنی (Psychosomatic disorders) یک وضعیت روانی است که شامل بروز علائم فیزیکی است که معمولاً توضیح پزشکی ندارد (Nagamitsu et al., 2023). افراد مبتلا به این بیماری ممکن است افکار، احساسات یا نگرانی‌های بیش از حد در مورد علائم داشته باشند که بر توانایی آن‌ها برای عملکرد مطلوب، تأثیر می‌گذارد (Gubergrits & Lukashevich, 2022). اختلالات روان‌تنی طیف گسترده‌ای از بیماری‌ها هستند که با شکایات جسمی در سیستم‌هایی همچون قلب و عروق، گوارش، پوست و تنفس خود را نشان می‌دهد (Li et al., 2023). تحقیقات پتل و همکاران (Patel et al., 2007) نشان می‌دهند که اغلب شکایات روان‌تنی از ۱۲ تا ۲۴ سالگی شروع می‌شوند. به‌طور کلی نشانه‌های روان‌تنی با افزایش سن، افزایش می‌یابد و زنان بیشتر از مردان نشانه‌های روان‌تنی را تجربه می‌کنند. برخی گزارش‌ها نیز حاکی از افزایش شکایات روان‌تنی در بین جوانان و نوجوانان است (Goetzmann et al., 2019). نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که درمان‌های مبتنی بر مشارکت خانواده به صورت مطلوب‌تری توانایی مدیریت و کاهش مشکلات روانی و رفتاری کودکان و نوجوانان را دارند و به اعتقاد برخی درمان اختلالات کودکان و نوجوانان باید در متن خانواده صورت گیرد، زیرا همان‌گونه که خانواده در بروز و تداوم اختلال نقش دارد، فرد مبتلا نیز بر سیستم خانواده اثر می‌گذارد (Korostiy & Kozhyna, 2012).

مهم‌ترین نهاد جامعه و شکل‌دهنده استعدادها و شخصیت آدمی، خانواده است (Olszewski-Kubilius, 2018). خانواده یکی از مهم‌ترین بنیادهای تأثیرگذار اجتماعی است که بسیار مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است. هیچ یک از آسیب‌های اجتماعی فارغ از تأثیر خانواده بوجود نمی‌آید و به همین ترتیب نیز هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت اجتماعی داشته باشد، مگر آن که از خانواده‌های سالم برخوردار باشند (بهادری و همکاران، ۱۴۰۰). خانواده‌درمانی (Family therapy) نوعی درمان است که برای کمک به مسائلی طراحی شده است که به‌طور خاص بر سلامت روان و عملکرد خانواده‌ها تأثیر می‌گذارد. این می‌تواند به تک تک اعضای خانواده کمک کند تا روابط قوی‌تری ایجاد کنند، ارتباطات را بهبود بخشند و تعارضات درون سیستم خانواده را مدیریت کنند. با بهبود نحوه تعامل و ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر، خانواده‌درمانی می‌تواند باعث ایجاد تغییر در روابط نزدیک شود (Lu et al., 2023). اعتقاد اصلی و زیربنایی خانواده‌درمانی این است که مشکلات بشر بیش از این‌که درون فردی باشند، بین‌فردی هستند به همین دلیل برای حل این مشکلات باید از آن دسته رویکردهای مداخله‌ای بهره گرفت که روابط بین افراد را بهبود می‌بخشند (Aarnio-Peterson et al., 2023). یکی از مداخله‌های نوظهور به منظور کاهش اختلالات نوجوانان علی‌الخصوص افسردگی، خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی (Attachment-Based Family) می‌باشد (Diamond et al., 2019). این مداخله بر اساس اصول دلبستگی استوار است. نظریه‌های سبک دلبستگی و تمایز یافتگی، بر روابط اولیه در محیط خانواده تأکید کرده و آن را بر روابط بعدی مؤثر می‌دانند. آن‌ها سبک‌های دلبستگی و تمایز یافتگی را به عنوان عوامل پایدار و چندنسلی تلقی کرده و پیشنهاد می‌کنند که چگونه خانواده‌ی مبدأ شخص می‌تواند بر روابط زناشویی او اثر بگذارد (Goldenberg & Goldenberg, 2003)؛ عطری و همکاران ۲۰۰۶؛ عیدی و خانجانی، ۲۰۰۶؛ Jung et al., 2008).

در واقع این دو رویکرد درمانی می‌توانند با تأکید بر مؤلفه‌های هیجانی و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، به افراد در تنظیم و مدیریت هیجانات خویش کمک نمایند. پریشانی ممکن است نتیجه فرایندهای شناختی یا جسمانی باشد اما به صورت یک حالت هیجانی ظاهر می‌شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌شود، تحمل پریشانی (Distress tolerance) هیجانی به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان‌شناختی منفی تعریف می‌شود (Burr et al., 2021). پریشانی ممکن است نتیجه فرایندهای شناختی یا جسمانی باشد اما به صورت یک حالت هیجانی ظاهر می‌شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌شود. تحمل پریشانی، توانایی تجربه و تحمل ناراحتی‌های هیجانی و موقعیت‌های روان‌شناختی منفی می‌باشد و به حالتی اطلاق می‌شود که افراد بتوانند هیجانات منفی خود را درک کرده و در برابر آن‌ها تاب بیاورند (Simons & Gaher, 2005). بررسی‌ها نشان داده‌اند که توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، روبرو شدن آن‌ها را با چالش‌های زندگی آسان می‌کند و در نتیجه آن‌ها را از سلامت روان بیشتری برخوردار می‌نماید (جوانمرد و محمدی‌قره‌قوزلو، ۱۳۹۴). افراد توانمند از نظر هیجانی احساس‌های خود را تشخیص می‌دهند، مفاهیم ذهنی آن را درک می‌کنند و به گونه مؤثرتری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران بیان می‌کنند

(Billingsley & Steinman, 2021). این افراد در مقایسه با افرادی که توانایی درک و بیان حالت‌های هیجانی را ندارند، در کنار آمدن با تجربه‌های منفی از موفقیت بیشتری برخوردارند و سازگاری مناسب‌تری در ارتباط با محیط و دیگران نشان می‌دهند (شاه قلیان، مرادی و کافی، ۱۳۸۶). از این رو، خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی می‌تواند با تأکید بر سازه‌های هیجانی و پوشش آموزش تنظیم هیجانی به افراد در کاهش پریشانی هیجانی کمک نمایند. خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی با استفاده از چندین روش برای کمک به افراد در تنظیم هیجانات خود عمل می‌کند. اولین قدم در این روش شناسایی هیجانات است. خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی به افراد کمک می‌کند تا هیجانات مختلف خود را شناسایی کرده و آن‌ها را درک کنند. در گام بعدی این رویکرد درک علل هیجانات قرار دارد. خانواده‌درمانی مبتنی بر هیجان به افراد کمک می‌کند تا بفهمند چه چیزی باعث هیجانات آن‌ها می‌شود. این امر می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا در آینده از موقعیت‌هایی که باعث پریشانی هیجانی آن‌ها می‌شود، اجتناب کنند یا آن‌ها را به طور موثرتری مدیریت کنند. گام سوم توسعه مهارت‌های مقابله‌ای است که به افراد مهارت‌های مقابله‌ای مختلفی را برای مدیریت هیجانات دشوار آموزش می‌دهد. این مهارت‌ها می‌تواند شامل تکنیک‌های آرامش بخش، حل مسئله و برقراری ارتباط باشد. در آخرین قدم از این رویکرد، حمایت از روابط دلبستگی قرار دارد که بر اهمیت روابط دلبستگی ایمن در تنظیم هیجانات تأکید دارد. این نوع درمان به افراد کمک می‌کند تا روابط خود را با اعضای خانواده تقویت کنند و از آن‌ها حمایت عاطفی دریافت کنند (Waraan et al., 2021).

از عوامل مهمی دیگری که با اختلالات روان‌تنی همراه است، تمایز یافتگی می‌باشد. تمایز یافتگی به عنوان سنگ بنای نظریه‌ی بوئن (Bowen) در درون خانواده جای دارد و در پی وحدت و با هم بودن و یا برعکس، فردیت است (سهرابی، اسدی، حبیب‌اله‌زاده و پناعلی، ۲۰۱۳). به نظر بوئن، درجه‌ی ظهور تمایز یافتگی در هر فرد بیانگر میزان توانایی فرد برای جداسازی فرآیند شناختی از فرآیند هیجانی است که فرد تجربه می‌کند. بوئن معتقد است در جامعه‌ی انسانی نوعی نیروی زندگی که از ریشه‌های غریزی برخوردار است، کودک رو به رشد را به شخصی برخوردار از عواطف مجزا تبدیل می‌کند که می‌تواند به تفکر، احساس یا عمل بپردازد (Park & Seo, 2023). تمایز یافتگی را در دو سطح می‌توان بررسی کرد (Forbes et al., 2022). فرآیندی که در درون فرد رخ می‌دهد و فرآیندی که در روابط بین افراد به وقوع می‌پیوندد. در سطح درون‌فردی، تمایز نیافتگی یا هم‌آمیختگی، زمانی رخ می‌دهد که اشخاص احساسات خود را از تفکرشان تفکیک نمی‌کنند و به جای آن در احساسات غرق می‌شوند. در سطح بین فردی، شخص تمایز نیافته تمایل دارد یا به طور کامل جذب احساسات دیگران شود و با جو هیجانی محیط حرکت کند و یا برعکس، علیه دیگران واکنش نشان دهد (Forbes et al., 2022). از آنجا که خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی بر مؤلفه‌های ایجاد استقلال در کنار حفظ پیوستگی با خانواده تأکید می‌کنند، لذا این امر می‌تواند منجر به افزایش احساس تمایز یافتگی روانی گردد. یکی از اهداف کلیدی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی، ترویج تعادل بین استقلال و وابستگی در روابط خانوادگی است. این بدان معناست که به افراد کمک می‌شود تا هویت و استقلال خود را توسعه دهند، در حالی که همچنان با خانواده خود احساس نزدیکی و ارتباط دارند. این رویکرد از چند روش برای کمک به افراد در دستیابی به این تعادل استفاده می‌کند که عبارتند از: تقویت روابط دلبستگی؛ این رویکرد بر اهمیت روابط دلبستگی ایمن در دوران کودکی تأکید دارد. این نوع درمان به والدین کمک می‌کند تا با فرزندان خود پیوندهای محکم و حمایتی برقرار کنند. ایجاد مرزهای سالم؛ رویکرد خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی به افراد کمک می‌کند تا مرزهای سالمی را در روابط خود ایجاد کنند. این امر می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا احساس استقلال و هویت خود را حفظ کنند. ترویج ارتباطات مؤثر در این رویکرد به افراد کمک می‌شود تا به طور مؤثر با یکدیگر ارتباط برقرار کنند. این روش می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا نیازها و احساسات خود را به وضوح بیان کنند و به نیازها و احساسات دیگران گوش دهند. حمایت از استقلال؛ در این رویکرد از افراد در توسعه استقلال خود حمایت می‌شود. این امر می‌تواند شامل تشویق آن‌ها به دنبال علایق و اهداف خود، تصمیم‌گیری برای خود و مسئولیت‌پذیری در قبال اعمال خود باشد (Waraan et al., 2021).

از دیگر عوامل مهم که بر اختلالات روان‌تنی مؤثر است ناگویی خلقی می‌باشد. ناگویی خلقی می‌تواند در شروع یا افزایش اختلالات جسمی، روان‌پزشکی و روان‌تنی نقش مهمی داشته باشد که از جمله آن‌ها اختلال درد مزمن است (De Vries et al., 2012). از طرفی درد مزمن یکی از راه‌های آشکارسازی احساسات فرد راجع به عوامل استرس‌زای زندگی به صورت علائم جسمی و فیزیکی است (Tooyserkani et al., 2011). در اختلالاتی مانند اختلالات روان‌تنی یا روان‌پزشکی

که منشأ نامشخصی دارند وجود فاکتورهای روان‌شناسی همچون ناگویی خلقی قوی‌تر است (De Vries et al., 2012). بنابراین، احتمال دارد بسیاری از دردهای گزارش شده از طرف افراد بیمار در پژوهش حاضر نیز منشأ روانی داشته باشند. ناگویی خلقی (Alexithymia) یک ویژگی بالینی است که با مشکلات شناسایی، توصیف و انتقال احساسات خود؛ تمایز دادن آن‌ها از احساسات بدنی و غیر مرتبط با عاطفه؛ آگاهی عاطفی مربوط به علائم روان‌تنی و تخیل، رؤیابرداری و درون‌نگری مشخص می‌شود (Panasiti et al., 2020). در مطالعات مشخص شده است که ۵ تا ۱۹ درصد افراد مبتلا به ناگویی خلقی هستند (Lyvers et al., 2020) و افراد با ناگویی خلقی شدید در کنار آمدن با عوامل استرس‌زای روزانه، اختلال عملکرد بیشتری دارند (جانی و عطادخت، ۱۳۹۹). پورآقارودبرده و همکاران (۱۳۹۰) منصوری، بشارت و غریبی (۱۳۹۸) شاهمردی، پور ابراهیم و حبی (۱۴۰۰) در پژوهش‌هایی به بررسی ارتباط بین ناگویی خلقی و دلبستگی و دلبستگی به مادر در نوجوانان پرداختند. آن‌ها نشان می‌دهند که مؤلفه‌های ارتباط و بیگانگی با مادر می‌تواند ناگویی خلقی را پیش بینی کند. بررسی پیشینه پژوهشی نیز حاکی از آن است خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی دارای تأثیر معناداری بر تحمل پریشانی، خود تمایزیافتگی و ناگویی خلقی دارد. به طور مثال اسکیکالا و همکاران (Scigala et al., 2021) در پژوهشی به بررسی ناگویی خلقی و تمایز خود: نقش ترس از صمیمیت و دلبستگی نایمن بزرگسالان پرداختند که نتایج نشان داد که آلکسی‌تایمیا تمایز خود را به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق ترس از صمیمیت و دلبستگی نایمن بزرگسالان پیش‌بینی می‌کند. علاوه بر این، ترس از صمیمیت مستقیماً بر تمایز خود تأثیر می‌گذارد و همچنین رابطه بین ناگویی هیجانی و دلبستگی بزرگسالان را واسطه می‌کند که به نوبه خود، تمایز خود را به‌طور منفی پیش‌بینی می‌کند (Scigala et al., 2021). همچنین، دایاموند و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی به ارزیابی اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی در مقایسه با یک درمان حمایتی غیرمستقیم خانواده (family-enhanced nondirective) supportive therapy (FE-NST) برای کاهش افکار خودکشی و علائم افسردگی نوجوانان پرداختند. نوجوانان دریافت‌کننده خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی کاهش قابل توجهی در افکار خودکشی نشان دادند (Diamond et al., 2019). علاوه بر این، ایزدی و مختاری (۱۴۰۰) در پژوهشی به بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش طرح‌واره‌های هیجانی منفی و ناگویی خلقی و نیز افزایش سازگاری زناشویی پرداختند که نتایج نشان داد زوج‌درمانی متمرکز بر عاطفه می‌تواند سازگاری زناشویی را افزایش داده و طرح‌واره‌های هیجانی منفی و ناگویی هیجانی را در بین زنان مورد مطالعه کاهش دهد. در مطالعه دیگری، حسین‌زاده و همکاران (۱۳۹۹) به بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی زوج‌ها پرداختند که نتایج حاکی از تأثیر مداخله هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود. بررسی پیشینه پژوهش استفاده از درمان‌های مبتنی بر خانواده در جامعه نوجوانان دارای اختلالات روان‌تنی را نشان نمی‌دهد از طرف دیگر، بیشتر تحقیقاتی که مربوط به روش مداخله خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی در جامعه نوجوانان در ایران و خارج از ایران می‌باشند بر اختلالات خلقی تمرکز داشته‌اند. لذا با توجه به اهمیت اختلالات روان‌تنی در دوره نوجوانی و اثرات آن بر وضعیت بهداشت روانی نوجوانان، هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی بر تحمل پریشانی هیجانی، خود تمایزیافتگی و برون‌سازی با تعدیل‌کننده ناگویی خلقی بر نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان‌تنی می‌باشد.

## روش پژوهش

### جامعه، نمونه و روش اندازه‌گیری

طرح پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال شهر اهواز هستند که به مراکز مشاوره و روان‌درمانی این شهر مراجعه کرده و دارای ملاک‌های اختلالات روان‌تنی هستند. که تعداد ۴۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل به صورت تصادفی گمارش شدند و مداخله برای گروه آزمایش ۵ جلسه دو ساعته به طول انجامید. در این پژوهش، ضمن دقت در اجرای مراحل پژوهش، پس از بیان اهداف پژوهش و اطمینان‌بخشی به داوطلبان جهت محرمانه ماندن اطلاعات، اختیاری بودن شرکت در پژوهش و امکان خروج آزادانه در هر مرحله از مداخله پژوهش؛ محفوظ ماندن حقوق اعضای گروه کنترل جهت شرکت در مداخلات روان‌درمانی پس از مداخلات گروه‌های آزمایش؛ فرم رضایت آگاهانه شرکت

در تحقیق پیش از اجرای پیش‌آزمون و مداخلات روان‌شناختی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت تا موافقت خود را برای شرکت در پژوهش با امضای آن، رضایت خود را اعلام کنند.

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه شکایات روان‌تنی (Questionnaire of psychosomatic complaints):** به منظور بررسی شکایات روان‌تنی می‌توان از پرسشنامه شکایات روان‌تنی که توسط تاکاتا و ساکاتا (Takata & Sakata, 2004) طراحی و اعتباریابی شده است، استفاده کرد. این پرسشنامه شامل ۳۰ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف چهاردرجه‌ای لیکرت می‌باشد. در پژوهش حاجلو (۱۳۹۱)، روایی محتوایی نسخه ترجمه شده مقیاس شکایات روان‌تنی توسط دو متخصص (روان‌شناس) تأیید شد. برای تعیین روایی صوری مقیاس، از ۱۰ دانشجو خواسته شد تا مقیاس شکایات روان‌تنی را تکمیل و نظر خود را در مورد دشواری فهم سؤالات ارائه دهند، اما هیچ یک از آن‌ها مشکلی را در خصوص فهم سؤالات گزارش نکردند. روایی سازه مقیاس نیز با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی بررسی شد. بدین منظور تعداد ۳۰ سؤال مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا با استفاده از نرم‌افزار SPSS وارد تحلیل مؤلفه‌های اصلی شد. قبل از تحلیل مؤلفه‌های اصلی (principal components analysis) یا (PCA)، مناسبت داده‌ها برای تحلیل عاملی اندازه‌گیری شد. بازبینی ماتریس همبستگی نشان داد که تعداد زیادی از همبستگی‌ها  $0/3$  و بیشتر از آن بودند. همچنین در پژوهش حاجلو (۱۳۹۱)، برای بررسی روایی هم‌زمان مقیاس شکایات روان‌تنی، همبستگی آن با مقیاس سلامت عمومی کلدبرگ محاسبه گردید. ضریب همبستگی بین این دو مقیاس در بین دانشجویان برابر با  $0/68$  بود که یک مقدار زیاد و قابل قبول محسوب می‌شود. سازندگان این مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس سلامت روانی کلدبرگ، روایی هم‌زمان آن را در دو مطالعه جداگانه،  $0/64$  و  $0/65$  به دست آوردند. همچنین، برای بررسی اعتبار سازه مقیاس در دو مطالعه از تحلیل عاملی استفاده کردند و معلوم شد در مطالعه اول که در سال ۱۹۹۷ انجام شد،  $34/1$  درصد و در مطالعه دوم که در سال ۱۹۹۹ انجام شد،  $31/1$  درصد واریانس بخش‌ها توسط یک عامل تبیین می‌شود. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در سال ۱۹۹۷ برابر با  $0/93$ ، در سال ۱۹۹۸ برابر با  $0/91$  و در سال ۱۹۹۹ برابر با  $0/92$  به دست آمد. همبستگی بین بخش‌های مقیاس نیز در سه بار اجرای متفاوت توسط سازندگان مقیاس، برابر با  $0/50$  یا بیشتر گزارش شد. در پژوهش حاجلو (۱۳۹۱) پایایی بازآزمایی مقیاس شکایات روان‌تنی به فاصله یک ماه و در دو نوبت اجرا روی یک نمونه ۳۰ نفره از دانشجویان، مورد تأیید قرار گرفت ( $r = 0/83$ ). ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده روی نمونه اصلی نیز برابر با  $0/85$  بود که بیانگر همسانی درونی بالا برای بخش‌های این مقیاس است (حاجلو، ۱۳۹۱). پژوهشگر در مطالعه حاضر پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ  $0/79$  محاسبه کرده است.

**پرسشنامه تحمل پریشانی (Distress Tolerance Questionnaire):** این پرسشنامه توسط سیمونز و گاهر (Simons & Gaher, 2005) ساخته شده و دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (۱، ۳ و ۵)، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (۲، ۴ و ۱۵)، برآورد ذهنی پریشانی (۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (۸، ۱۳ و ۱۴) است که در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= کاملاً موافق تا ۵= کاملاً مخالف) نمره‌گذاری شده است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) پایایی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس  $0/82$  گزارش دادند. در پژوهشی علوی (۱۳۸۸) پایایی کل مقیاس را بر اساس همسانی درونی  $0/71$  گزارش داده است. همچنین روایی این مقیاس از طریق تحلیل عامل تأییدی در پژوهش محمودپور و همکاران (۱۴۰۰) بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش حاضر پایایی خرده مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی و کل مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب  $0/78$ ،  $0/72$ ،  $0/81$ ،  $0/83$  و  $0/77$  به دست آمده است.

**پرسشنامه تمایز یافتگی خود (Self-Differentiation Questionnaire):** این پرسشنامه توسط اسکورون و فریدلندر (Skowron & Friedlander, 1998) طراحی شده که دارای چهار خرده مقیاس واکنش هیجانی (۱، ۱۰، ۶، ۱۴، ۱۸، ۲۱، ۲۶، ۳۴، ۳۰، ۳۸ و ۴۰)، جدایی هیجانی (۲، ۳، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۴، ۲۸، ۳۲، ۳۶، ۳۹ و ۴۲)، آمیختگی با دیگران (۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۲، ۲۵، ۲۹، ۳۳ و ۳۷) و موقعیت من (۴، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۷، ۳۱، ۳۵، ۴۱ و ۴۳) و ۴۵ سؤال در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (۱= به هیچ وجه دربارهی من درست نیست تا ۶= کاملاً دربارهی من درست است)

می‌باشد. اسکورون و فریدلندر (۱۹۹۸) پایایی مقیاس را با آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰ گزارش کردند. در پژوهشی نجفلویی (۱۳۸۵) پایایی این مقیاس را برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده مقیاس‌های واکنش هیجانی، جدایی هیجانی، آمیختگی با دیگران و موقعیت من به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ و ۰/۷۹ و ۰/۷۵، ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۷۹ و ۰/۷۲، ۰/۷۲ و ۰/۸۱ به دست آمده است.

**پرسشنامه آلکسی تایمی ای تورنتو (Toronto Alexithymia Questionnaire):** این مقیاس توسط بگی تیلور و پارکر (Bagby et al., 1994) طراحی شده و شامل سه خرده آزمون دشواری در شناسایی احساسات (Difficulty identifying feelings) (۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴)، دشواری در توصیف احساسات (difficulty describing feelings) (۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷) و تفکر بیرون‌مدار (externally-oriented thinking) (۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰) می‌باشد که در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱- کاملاً مخالف، تا ۵- کاملاً موافق) است. بگی و همکاران (۱۹۹۴) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۱) و ضریب پایایی بازآزمایی (۰/۷۷) مطلوب محاسبه کردند. در ایران بشارت، رستمی، پورحسین و میرزمانی (۲۰۰۶) پایایی مقیاس با شیوه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها و نمره کل مقیاس آلکسی تایمی بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۳ و با روش بازآزمایی به فاصله زمانی ۲ هفته، بین ۰/۶۱ تا ۰/۶۹ برآورد گردید، در پژوهشی نیز محمد (۱۳۸۰) روایی هم‌زمان مقیاس را ۰/۸۵ گزارش داده است. در پژوهش حاضر پایایی خرده مقیاس‌های آزمون دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر بیرون‌مدار و نمره کل مقیاس به ترتیب بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۳، ۰/۷۱، ۰/۸۲ و ۰/۷۴ به دست آمده است.

**خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی (Attachment-Based Family Therapy):** جهت مداخله آموزشی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی از پکیج درمانی دیاموند، دیاموند و لوی (۱۳۹۹) استفاده گردید که شامل ۱۰ جلسه آموزشی دو ساعته است. خلاصه جلسات آموزشی این پروتکل در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. پکیج درمانی دیاموند و همکاران (۱۳۹۹)

جلسات	توضیحات
جلسه اول: نوجوان و مادر	ملاقات با مادر و نوجوان، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و بیان مختصر مشکلات هر مادر و نوجوان، بحث درباره اهداف و قوانین گروه، تمرکز درمان از کاهش علائم به ساخت رابطه، شناسایی و روابط آسیب دیده
جلسه دوم: با نوجوان	کشف آنچه به اعتماد به نفس بین او و والدینش آسیب زده، کشف اتفاقات دردناک در قطع دلبستگی به صورت عمقی
جلسه سوم: با مادر	توضیح چرخه فکر، احساس، رفتار، آشنایی مادر با ابعاد شناختی نظام دلبستگی و تأثیر آن بر سبک دلبستگی، اثرات تجربیات دوران کودکی مادر بر رابطه کنونی با نوجوان
جلسه چهارم: مادر و نوجوان	بررسی تجارب شناختی و هیجانی و رفتاری اختصاصی مادر و مشاهده مستقیم و اصلاح تعامل‌های مادر و نوجوان، شناسایی نقاط ضعف و قوت تعامل‌های نوجوان و مادر
جلسه پنجم: با والدین	ملاقات با مادر در جهت کشف چگونگی قطع دلبستگی والدین و تأثیر آن بر روی فرزندپروری
جلسه ششم: با نوجوان	بیان شجاعانه نیازهای برآورده نشده از طرف نوجوان، تبدیل رابطه دلبستگی به جایی که نوجوان می‌تواند کمک و راهنمایی، حمایت و درک از آن‌ها بخواهد
جلسه هفتم: با نوجوان	بررسی مسائل حل نشده کودکان، آموزش شاد و مهیج ساختن محیط زندگی نوجوان به منظور کاهش میزان افسردگی مادر و نوجوان، تکنیک تقویت کلامی نوجوان و پرهیز از انزوای او
جلسه هشتم: والدین و نوجوان	توانمندسازی مادر و نوجوان برای عملکرد مستقل از درمانگر، تمرکز بر اصلاح نقاط ضعف فرزندپروری
جلسه نهم: با نوجوان	آموزش تکنیک مدیریت تنش در خانواده، آموزش تکنیک اطمینان بخشی به نوجوان در مورد حمایت همیشگی خانواده و ترسیم آینده‌ای روشن، نمایش‌نامه سازی درباره افزایش تفریحات شاد والد-نوجوان
جلسه دهم: جمع‌بندی	حفظ مهارت‌های تازه درون‌فردی حل مسئله و در عین حال حفظ دلبستگی

## روش اجرا

پس از انتخاب حجم نمونه و گمارش تصادفی آن‌ها از بین بیشترین نمرات در متغیرهای مورد پژوهش، در دو گروه ۲۰ نفری که شامل یک گروه آزمایشی (خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی) و یک گروه کنترل صورت گرفت. گروه آزمایش به

تفکیک، در ۱۰ جلسه هفتگی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی شرکت کردند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، گروه‌های پژوهش به وسیله مقیاس‌های اندازه‌گیری پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. در انتها، نتایج مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. ملاک ورود به پژوهش کسانی بودند که به مراکز مشاوره و روان‌درمانی این شهر اهواز مراجعه کرده و دارای ملاک‌های اختلالات روان‌تنی بودند و ملاک خروج شرکت نکردن در جلسات درمان و تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها بود.

## یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش به تفکیک نوع آزمون و گروه در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
تحمل پریشانی هیجانی	پیش‌آزمون	خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی	۹/۴۰	۲/۵۰	۲۰
		گواه	۶/۵۰	۲/۱۸	۲۰
	پس‌آزمون	خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی	۱۲/۰۵	۲/۱۳	۲۰
		گواه	۶/۵۵	۲/۳۰	۲۰
خود تمایز یافتگی	پیش‌آزمون	خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی	۱۳۵/۱۵	۴۱/۲۳	۲۰
		گواه	۱۲۷/۱۰	۳۶/۷۰	۲۰
	پس‌آزمون	خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی	۱۶۳/۷۰	۳۶/۰۵	۲۰
		گواه	۱۲۷/۲۰	۳۷/۰۹	۲۰
ناگویی خلقی	پیش‌آزمون	خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی	۴۷/۵۵	۲۱/۵۵	۲۰
		گواه	۴۰/۷۵	۱۶/۹۷	۲۰
	پس‌آزمون	خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی	۶۵	۱۵/۶۵	۲۰
		گواه	۴۱/۰۵	۱۶/۶۱	۲۰

جدول ۲، شاخص‌های توصیفی تحمل پریشانی هیجانی، خود تمایز یافتگی و ناگویی خلقی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. جهت برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها در متغیرهای پژوهشی از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات هر دو گروه در متغیرهای خود تمایز یافتگی و ناگویی هیجانی تأیید می‌گردد. یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در گروه آزمایش و گروه گواه تأیید گردید، که نتایج آن در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات تحمل پریشانی هیجانی و خود تمایز یافتگی و ناگویی خلقی

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه	کلموگروف - اسمیرنوف			گروه	کلموگروف - اسمیرنوف		
		آماره	df	p		آماره	df	p
تحمل پریشانی هیجانی	$C_1$	۰/۱۹	۲۰	۰/۰۶	$C_2$	۰/۱۴	۲۰	۰/۲۱
خود تمایز یافتگی	$C_1$	۰/۱۲	۲۰	۰/۲۱	$C_2$	۰/۱۴	۲۰	۰/۱۷
ناگویی خلقی	$C_1$	۰/۱۸	۲۰	۰/۰۸	$C_2$	۰/۱۶	۲۰	۰/۱۱

همچنین نتایج ام‌باکس ( $P > 0/05$ ) و عدم معناداری آن نشان دهنده همگنی ماتریس کواریانس‌ها می‌باشد. لذا اجازه استفاده از تحلیل کواریانس وجود دارد. بدین معنی که در گروه‌های آزمایشی و گواه ماتریس‌های کواریانس متغیرهای وابسته همگن بودند. برای بررسی تأثیرگذاری آموزش‌های ارائه شده، از تحلیل کواریانس به شرح زیر استفاده شد.



جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون تحمل پریشانی هیجانی، خود‌تمایزیافتگی و ناگویی خلقی گروه‌های خانواده‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی و گواه با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلا	۰/۹۰	۳	۳۳	۱۰۰/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۹	۳	۳۳	۱۰۰/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰
آزمون اثر هاتلینگ	۹/۱۱	۳	۳۳	۱۰۰/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۹/۱۱	۳	۳۳	۱۰۰/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰

همان‌طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین افراد گروه‌های خانواده‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (تحمل پریشانی هیجانی، خود‌تمایزیافتگی و ناگویی خلقی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۰۰۱$  و  $F = ۱۰۰/۲۳$ )، بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کواریانس یک راه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۹۰ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۹۰ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون تحمل پریشانی هیجانی، خود‌تمایزیافتگی و ناگویی خلقی مربوط به تأثیر خانواده‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی (عضویت گروهی) می‌باشد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس یک‌راه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون تحمل پریشانی هیجانی، خود‌تمایزیافتگی و ناگویی خلقی گروه‌های خانواده‌درمانی مبتنی بر دل‌بستگی و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
تحمل پریشانی هیجانی	پیش‌آزمون	۱۱۴/۲۰	۱	۱۱۴/۲۰	۷۳/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷
	گروه	۷۵/۴۳	۱	۷۵/۴۳	۴۸/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
	خطا	۵۴/۵۱	۳۵	۱/۵۵			
خود‌تمایزیافتگی	پیش‌آزمون	۴۳۷۰۹/۲۸	۱	۴۳۷۰۹/۲۸	۷۶۳/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵
	گروه	۵۵۹۰/۹۲	۱	۵۵۹۰/۹۲	۹۷/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴
	خطا	۲۰۰۲/۵۱	۳۵	۵۷/۲۱			
ناگویی خلقی	پیش‌آزمون	۸۹۲/۱	۱	۸۹۲/۱	۶۰۸/۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵
	گروه	۲۵۶۳/۹۶	۱	۲۵۶۳/۹۶	۱۷۵/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳
	خطا	۵۱۲/۷۲	۳۵	۱۴/۶۴			

همان‌طوری که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود با کنترل پیش‌آزمون، بین افراد هر دو گروه از لحاظ تحمل پریشانی هیجانی ( $p < ۰/۰۰۰۱$  و  $F = ۴۸/۴۳$ )، خود‌تمایزیافتگی ( $p < ۰/۰۰۰۱$  و  $F = ۹۷/۷۱$ ) و ناگویی خلقی ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ) و تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر با کنترل پس‌آزمون با توجه به میانگین تحمل پریشانی ( $p = ۰/۰۰۰۱$  و  $F = ۳/۲۷$ )، خود‌تمایزیافتگی ( $p = ۰/۰۰۰۱$  و  $F = ۲۸/۱۵$ ) و ناگویی خلقی ( $p = ۰/۰۰۰۱$  و  $F = ۱۹/۰۷$ ) تفاوت میانگین) روش خانواده‌درمانی مبتنی بر هیجان موجب کاهش تحمل پریشانی هیجانی، خود‌تمایزیافتگی و ناگویی خلقی گروه آزمایش شده است که برای تحمل پریشانی هیجانی میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۸، برای خود‌تمایزیافتگی ۰/۷۴ و برای ناگویی خلقی ۰/۸۳ می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در صدد بود تا به بررسی تأثیر خانواده‌درمانی مبتنی بر هیجان و دل‌بستگی بر تحمل پریشانی هیجانی، خود‌تمایزیافتگی و ناگویی خلقی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان‌تنی بپردازد که نتایج حاصل از فرضیه پژوهش

نشان داد که خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی موجب کاهش تحمل پریشانی، خود تمایز یافتگی و ناگویی خلقی در بین نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات روان‌تنی گردیده است. این نتیجه با یافته‌های حاصل از پژوهش اسکینگالا و همکاران (۲۰۲۱)، دایاموند و همکاران (۲۰۱۹)، دایاموند، راسون و لوی (Diamond et al., 2016)، وانگر و همکاران (۲۰۱۶)، ایزدی و مختاری (۱۴۰۰)، حسین‌زاده و همکاران (۱۳۹۹) و شاه محمدی و همکاران (۱۳۹۷) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که در فرایندهای دلبستگی افراد مجموعه درونی شده‌ای از عقاید پیرامون خود و دیگران را شکل می‌دهند. این عقاید تحت عنوان مدل‌های کاری درونی شناخته شده‌اند. مدل‌های کاری درونی ادراک یک فرد در مورد خودارزشمندی، شایستگی و دوست داشتنی بودن را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در حالی که مدل‌های کاری درونی از دیگران به انتظارات فرد پیرامون در دسترس بودن و قابل اعتماد بودن دیگران اشاره دارد (Weisskirch & Delevi, 2011). از این رو افراد دارای تحمل پریشانی برای اجتناب از هیجانات منفی به سختی در تلاش هستند، در صورتی که اجتناب مقدور نباشد آن‌ها در تلاش برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش‌های ناسالمی روی می‌آورند؛ این راهکارهای ناسالم به احتمال قوی انرژی آن‌ها را کاهش داده و این کار در نهایت کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی آن‌ها را مختل خواهد ساخت (Kozak & Fought, 2011). همچنین هنگامی که مراقبان در قبال کودک در دسترس و پاسخگو باشند دلبستگی ایمن و مدل‌های کاری درونی مثبت از خود و دیگران شکل گرفته و این امر لازمه شکل‌گیری گذرگاه‌های تحولی و الگوهای رابطه‌ای سالم در بزرگسالی را فراهم می‌آورد (Gudjonsson et al., 2008). در مقابل اختلال در پیوند کودک-والد زمینه‌ساز دلبستگی نایمن و شکل‌گیری مدل‌های کاری درونی منفی از خود و دیگران خواهد بود که منجر به الگوهای رابطه‌ای ناسازگار شده و احتمالاً در بزرگسالی هم ادامه دارد (Gudjonsson et al., 2008). توانایی بالا در تحمل پریشانی و مقاومت در برابر احساسات ناراحت‌کننده فرد را در برابر شکست در برابر احساسات منفی مقاوم می‌کند و فرد می‌تواند به صورت عقلانی مشکلات خود را حل کند (تفنگچی و همکاران، ۱۴۰۰). در روش مداخله خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی با ایجاد پیوندهای عاطفی و تقویت آن‌ها و به فرد کمک می‌شود بر توانایی خود در مدیریت تحمل پریشانی خود بکوشد و آن را افزایش دهد.

از سوی دیگر، دلبستگی دارای دو بعد اساسی بعد رفتاری و بعد شناختی-عاطفی (Behavioral dimension and emotional cognitive dimension) است (Schalkwijk et al., 2021). بعد رفتاری استفاده از مظاهر دلبستگی را به منظور حمایت و مجاورت‌جویی نشان می‌دهد و تغییرات رشدی مرتبط با رشد فرد دخیل است. دومین بعد دلبستگی که به‌عنوان بعد شناختی-عاطفی شناخته می‌شود، تجارب عاطفی شناختی را که قسمتی از مدل‌های فعال درونی دلبستگی هستند، نشان می‌دهد. این مدل‌های فعال به‌عنوان انتظارات راهنما در مورد روابط جدید هستند. بنابراین به دلیل ثبات بعد شناختی-عاطفی، این بعد نسبت به بعد رفتاری، پیش‌بینی‌کننده بهتری برای عملکرد نوجوان است (Buist et al., 2004). لذا وجود این مؤلفه در روش خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی باعث افزایش امکان تمایز فرد از دیگران در عین وجود رابطه سازگاران با آنان می‌شود. از آنجا که بوئن (۱۹۷۸)، تمایز یافتگی را روی یک پیوستار فرضی نشان می‌دهد که در یک طرف آن تمایز یافتگی و در طرف دیگر آن هم آمیختگی با دیگران قرار دارد. افراد هم آمیخته به شدت به تأیید و حمایت اطرافیان خود نیاز دارند و رفتارهایشان تحت تأثیر سیستم عاطفی محیط و واکنش اطرافیان شکل می‌گیرد افراد تمایز یافته تعریف مشخصی از خود و عقایدشان دارند، می‌توانند جهت خویش را در زندگی انتخاب نمایند و در موقعیت‌های عاطفی شدید که در بسیاری از افراد منجر به بروز رفتارهای غیرارادی و گرفتن تصمیم‌های نافرجام می‌شود، کنترل خود را از دست ندهند و با در نظر گرفتن عقل و منطق تصمیم‌گیری کنند. در مقابل، افراد تمایز نیافته که هویت تعریف‌شده‌ای برای خود ندارند، در تنش‌ها و مسائل بین اشخاصی موجود، همراه با موج عاطفی خانواده حرکت می‌کنند و در نتیجه، اضطراب مزمن بالایی را تجربه می‌کنند و مستعد بروز انواع بیماری‌ها هستند (Skowron & Dendy, 2004). لذا خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی با افزایش تجارب شناختی عاطفی افراد به آنان در مدیریت مطلوب ناگویی خلقی کمک می‌نماید.

آموزش خانواده برای کسب توانایی جهت برقراری ارتباط با یکدیگر و ایجاد تکیه‌گاه ایمن، آن‌ها را قادر می‌سازد تا بتوانند مسائل و مشکلات خانواده را در طول جلسات درمان و پس از درمان برطرف نموده و برای همیشه از این روش‌ها استفاده

نمایند. از این‌رو آموزش‌های مبتنی بر این روش باعث کاهش چشم‌گیر مشکلات رفتاری می‌شوند. با توجه به اینکه اختلالات برون‌سازی شده منعکس‌کننده رفتارهایی است که جهتی رو به بیرون دارند، مانند خشم، پرخاشگری، مشارکت در رفتارهای پرخطر، تکانشی و رفتار مجرمانه. چشم‌پوشی از اختلالات برون‌سازی پیامدهای زینباری خواهد داشت چرا که این رفتارها با اختلال در روابط اجتماعی اغلب اطرافیان را در معرض خطر قرار می‌دهند (Richardson et al., 2015). اختلالات برون‌سازی شامل مشکلات و الگوهای ناسازگاری است که در تعارض با دیگران و محیط نمایان می‌شود. آن‌ها منجر به کاهش سطح کنترل رفتاری، کنترل تکانه، مهار پاسخ و خودکارآمدی می‌شوند (میرحسینی، مطهری‌نسب و اصلی‌زاده، ۲۰۱۸). لذا آموزش خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی با ایجاد پایگاه امن روانی برای افراد در جهت کاهش این مشکلات می‌کوشد و آنان را به حداقل ممکن می‌رساند. لذا وجود تأثیر معنادار خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی بر تمایز یافتگی منطقی و قابل قبول به نظر می‌رسد.

در مجموع می‌توان بیان داشت که خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی با آموزش مهارت‌های برقراری روابط مطلوب بین فردی و همچنین برقراری روابط عاطفی عمیق و سالم و سازگاران به افراد در مدیریت پریشانی‌های هیجانی خود و خود تمایز یافتگی و ناگویی خلقی کمک می‌نمایند. با توجه به یافته‌ها پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر دلبستگی به عنوان یکی از شیوه‌های تحمل پریشانی هیجانی، خود تمایز یافتگی و ناگویی خلقی در افراد دچار اختلالات روان‌تنی مورد استفاده قرار گیرد. با این وجود پژوهش حاضر دارای محدودیت‌های بود. نخست اینکه نتایج پژوهش حاضر همچون بسیاری از پژوهش‌های دیگر به دلیل استفاده از ابزارهای خودگزارشی به جای مطالعه رفتار واقعی ممکن است مشارکت‌کنندگان را به استفاده از شیوه‌های مبتنی بر کسب تأیید اجتماعی و اجتناب از بدنامی مربوط به عدم کفایت فردی ترغیب کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود از ابزارها و روش‌هایی استفاده شود که مبین رفتارهای واقعی‌تری از افراد باشد. محدودیت دوم پژوهش این بود که گروه نمونه فقط از بین نوجوانان انتخاب شده بودند، لذا پیشنهاد می‌شود این پژوهش برای رده‌های سنی دیگر انجام گیرد. با توجه به وجود رابطه معنی‌دار مداخله‌ی درمانی پیشنهاد می‌گردد روان‌شناسان و مشاوران در محیط‌های آموزشی و درمانی و کلینیک‌های تخصصی به استفاده از این روش در جهت در افزایش مهارت نوجوانان مبتلا به اختلالات روان‌تنی در موقعیت‌های چالش‌برانگیز، افزایش تمایز خود از موقعیت و دیگران، کاهش هیجانات مخرب و خود آسیب‌رسان یا دیگر آسیب‌رسان نوجوانان مبتلا به اختلالات روان‌تنی بپردازند.

### سپاسگزاری

از تمامی مسئولان محترم کلینیک‌های روان‌شناختی و تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

### تعارض منافع

یافته‌های این مطالعه با منافع هیچ شخص یا سازمانی در تعارض نیست.

### منابع

- ایزدی، فاطمه و مختاری، احسان (۱۴۰۰). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش طرح‌واره‌های هیجانی منفی و ناگویی خلقی و نیز افزایش سازگاری زناشویی. *مجله بین‌المللی روانشناسی*، ۱۵(۱)، ۲۵۵-۲۲۵.
- بهادری، زهرا، جهانگیری، علی و بخشی‌پور، ابوالفضل (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و روایت‌درمانی بر احساس تنهایی زنان سرپرست خانواده. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۱، ۱.
- ثناپی، باقر، هومن، عباس و علاقمند، ستیلا (۱۳۸۸). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. انتشارات بعثت، تهران.

- جانی، ستاره و عطادخت، اکبر. (۱۳۹۹). پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی زنان دارای همسر معتاد بر اساس استرس ادراک شده و ناگویی خلقی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۱(۴۳)، ۲۱۷-۲۳۶.
- جوانمرد، غلامحسین و محمدی‌قره‌قوزلو، رقیه (۱۳۹۴). مطالعه ارتباط نظریه ذهن با ناگویی هیجانی در یک گروه غیربالینی. *شناخت اجتماعی*، ۴(۷)، ۱۴۵-۱۲۷.
- حاجلو، نادر (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا در بین دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۳)، ۲۱۲-۲۰۴.
- حسین‌زاده، زهرا، قربان شیروودی، شهره، خلعتبری، جواد و رحمانی، محمدعلی (۱۳۹۹). اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی زوج‌ها. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۱(۳)، ۳۸-۲۳.
- شاه‌قلیان، مهناز، مرادی، علیرضا و کافی، موسی (۱۳۸۶). رابطه آلکسی‌تیمیا با سبک‌های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳)، ۲۴۸-۲۳۸.
- شاه‌محمدی مهرجویی، مینا، دوگانه‌ای فرد، فریده و شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۹۷). اثربخشی رویکرد خانواده‌درمانی بوئن بر دلبستگی هیجانی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر ری. *روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۳(۴۹)، ۷۱-۶۱.
- شاهمردی، شیرین؛ پوراابراهیم، تقی و حبیبی، محمدباقر (۱۴۰۰). تحلیل معادلات ساختاری ناگویی هیجانی براساس جو عاطفی خانواده و سبک‌های دلبستگی با میانجی‌گری تمایز یافتگی و تصویر بدنی افراد متأهل. *مجله تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان*، ۱۹(۳)، ۴۵۳-۴۳۹.
- علوی، خدیجه (۱۳۸۸). اثربخشی رفتار درمانی دی‌الکتیکی گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان مشهد. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- محمد، سعید (۱۳۸۰). بررسی ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به کولیت اولسروز و مقایسه آن با افراد سالم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی ایران.
- محمودپور، عبدالباسط؛ شریعتمدار، آسیه، برجعلی، احمد و شفیع‌آبادی عبدالله (۱۴۰۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تحمل پریشانی در سالمندان. *اندازه‌گیری تربیتی*، ۱۲(۴۶)، ۶۴-۴۹.
- منصوری، جمیله، بشارت، محمدعلی و غریبی، حمیدرضا (۱۳۹۸). پیش‌بینی ناگویی هیجانی بر اساس سبک‌های دلبستگی و ابعاد کمال‌گرایی. *علوم روان‌شناختی*، ۱۸(۸۱)، ۹۹۰-۹۸۱.
- نجف‌لویی، فاطمه (۱۳۸۵). نقش تمایز خود در روابط زناشویی. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۲(۴۳)، ۳۸-۲۷.
- Aarnio-Peterson, C. M., Mara, C. A., Modi, A. C., Matthews, A., Le Grange, D., & Shaffer, A. (2023). Augmenting family based treatment with emotion coaching for adolescents with anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa: Trial design and methodological report. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 33, 101118.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.
- Billingsley, A. L., & Steinman, S. A. (2021). The role of emotional distress tolerance on fear responding in a heights-fearful sample: Perceived versus actual behavior. *Behavior Therapy*, 52(4), 945-955.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Buist, K. L., Deković, M., Meeus, W. H., & van Aken, M. A. (2004). Attachment in adolescence: A social relations model analysis. *Journal of Adolescent Research*, 19(6), 826-850.

- Burr, E. K., Dvorak, R. D., Stevenson, B. L., Schaefer, L. M., & Wonderlich, S. A. (2021). Ability to tolerate distress moderates the indirect relationship between emotion regulation difficulties and loss-of-control over eating via affective lability. *Eating Behaviors*, 43, 101561.
- De Vries, A.M.M., Forni, V., Voellinger, R. & Stiefel, F. (2012). Alexithymia in cancer patients: review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 79-86.
- Diamond, G. S., Kobak, R. R., Ewing, E. S. K., Levy, S. A., Herres, J. L., Russon, J. M., & Gallop, R. J. (2019). A randomized controlled trial: attachment-based family and nondirective supportive treatments for youth who are suicidal. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(7), 721-731.
- Diamond, G., Russon, J., & Levy, S. (2016). Attachmentbased family therapy: A review of the empirical support. *Family Process*, 55(3), 595-610.
- Forbes, O., Schwenn, P. E., Wu, P. P. Y., Santos-Fernandez, E., Xie, H. B., Lagopoulos, J., ... & Hermens, D. F. (2022). EEG-based clusters differentiate psychological distress, sleep quality and cognitive function in adolescents. *Biological Psychology*, 173, 108403.
- Goetzmann, L., Siegel, A., & Ruettner, B. (2019). The connectivity/conversion paradigm: A new approach to the classification of psychosomatic disorders. *New Ideas in Psychology*, 52, 26-33.
- Gubergrits, N., & Lukashevich, G. (2022). Psychosomatic disorders in chronic pancreatitis. *Pancreatology*, 22, e18.
- Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Bragason, O. O., Newton, A. K., & Einarsson, E. (2008). Interrogative suggestibility, compliance and false confessions among prisoners and their relationship with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms. *Psychological Medicine*, 38(7), 1037-1044.
- Korostiy, V. I., & Kozhyna, A. M. (2012). P-230-Emotional (anxiety and depressive) disorders in young persons with psychosomatic diseases (clinical structure and pathogenesis-based psychotherapy). *European Psychiatry*, 27, 1.
- Kozak, A. T., & Fought, A. (2011). Beyond alcohol and drug addiction. Does the negative trait of low distress tolerance have an association with overeating?. *Appetite*, 57(3), 578-581.
- Li, L., Zhang, Y., Feng, S., Cao, Y., Li, H., Li, X., ... & Yuan, Y. (2023). Reliability and validity of the brief psychosomatic symptom scale (BPSS) in patients from general hospitals. *General Hospital Psychiatry*, 83, 1-7.
- Lu, H., Huang, Z., Zhang, L., Huang, X., & Li, X. (2023). Influence of on emotions and behavior of adolescents with major depressive disorder, *Heliyon*, 9(5), e15890.
- Lyvers, M., Holloway, N., Needham, K., & Thorberg, F. A. (2020). Resilience, alexithymia, and university stress in relation to anxiety and problematic alcohol use among female university students. *Australian Journal of Psychology*, 72(1), 59-67.
- Mirhosseini, F. s., Motahari Nasab, Z., & Asli Azad, M. (2018). Comparison of Mindfulness, Psychological Capital, and Self-Compassion between Students with Externalizing Behavior Problems and Normal Students. *Social Behavior Research & Health*, 2(2), 245-253.
- Nagamitsu, S., Okada, A., Sakuta, R., Habukawa, C., Koyanagi, K., Ishii, R., ... & Horikoshi, M. (2023). Effectiveness of a Smartphone CBT Application Interventions for Children With Psychosomatic Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(10), 200-201.
- Olszewski-Kubilius, P. (2018). The role of the family in talent development. *Handbook of giftedness in children: Psychoeducational Theory, Research, and Best Practices*, 129-147.
- Panasiti, M. S., Ponsi, G., & Violani, C. (2020). Emotions, alexithymia, and emotion regulation in patients with psoriasis. *Frontiers in Psychology*, 11, 836.
- Park, G. R., & Seo, B. K. (2023). Multidimensional housing insecurity and psychological health: how do gender and initial psychological health differentiate the association?. *Public Health*, 214, 116-123.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313.

- Schalkwijk, F., Luyten, P., Ingenhoven, T., & Dekker, J. (2021). Narcissistic personality disorder: are psychodynamic theories and the alternative DSM-5 model for personality disorders finally going to meet?. *Frontiers in Psychology, 12*, 676733.
- Scigala, D. K., Fabris, M. A., Badenes-Ribera, L., Zdankiewicz-Scigala, E., & Longobardi, C. (2021). Alexithymia and self differentiation: The role of fear of intimacy and insecure adult attachment. *Contemporary Family Therapy, 43*, 165-176.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion, 29*(2), 83-102.
- Skowron, E. A., & Dendy, A. K. (2004). Differentiation of self and attachment in adulthood: Relational correlated of effortful control. *Contemporary Family Therapy, 26*(3), 337-357.
- Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1998). The differentiation of self-inventory: development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology, 45*(3), 235-246.
- Sohrabi, R., Asadi, M., Habibollahzade, H., & PanaAli, A. (2013). Relationship between self-differentiation in bowen's family therapy and psychological health. *Procedia-social and Behavioral Sciences, 84*, 1773-1775.
- Takata, Y., & Sakata, Y. (2004). Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 58*(1), 3-7.
- Tooyserkani, M. A., Besharat, M. A., & Koochi, S. (2011). The moderating role of positive and negative effects on the relationship between alexithymia and experience of pain in chronic pain patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 30*, 154-158.
- Waraan, L., Rognli, E. W., Czajkowski, N. O., Aalberg, M., & Mehlum, L. (2021). Effectiveness of attachment-based family therapy compared to treatment as usual for depressed adolescents in community mental health clinics. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 15*, 1-14.
- Weisskirch, R. S., & Delevi, R. (2011). "Sexting" and adult romantic attachment. *Computers in Human Behavior, 27*(5), 1697-1701.