

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کاهش ناگویی خلقی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

سارا زمانی^{۱*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، چالوس، ایران
(تاریخ وصول: ۹۷/۰۲/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۲۵)

The Effectiveness of Group Therapy Based on Hope Approach on Mood and Rumination in Patients with Generalized Anxiety Disorder

* Sara Zamani^۱

۱. Department of Psychology, Islamic Azad University, Chalous Branch
(Received: April. ۲۸, ۲۰۱۸ - Accepted: June. ۱۴, ۲۰۱۸)

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to determine the efficacy of group therapy based on Hope approach on decreased mood and rumination in patients with generalized anxiety disorder. Method: The research method is semi-experimental and the design used in this study is a two-group pretest-posttest design. The statistical population included all patients with general anxiety disorder referring to Atieh clinic in Tehran. The experimental group consisted of ۳۰ patients with generalized anxiety disorder, who were randomly assigned into two groups of ۱۵ subjects. Selection of the sample group was purposeful and placement of them in two groups randomly. The tools used in this study were the Toronto Emotional Scale and the Nulen Hoeksma and Maru Nutrition Scale. The data were analyzed using covariance analysis. Results: The results showed that there was a significant difference between the scores of mood and rumination of participants according to the "experimental and control" group membership in the post-test. Conclusion: Therefore, using group therapy based on Hope approach in patients with generalized anxiety disorder, we will see a decrease in mood and mood rumination in them.

Key Words: Group therapy based on Hope approach, mood swings, rumination, patients with generalized anxiety disorder

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کاهش ناگویی خلقی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش آزمون- پس آزمون دو گروهی است. جامعه آماری در این پژوهش شامل همه ی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به کلینیک آتیه در شهر تهران بود. گروه نمونه مشتمل بر ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که به تصادف در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. انتخاب گروه نمونه به صورت هدفمند و جایگذاری آنها در دو گروه به صورت تصادفی بود. ابزار به کار گرفته شده در پژوهش حاضر مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو و مقیاس نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو بودند. داده های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس، تحلیل شدند. یافته ها: نتایج بدست آمده نشان داد که بین نمرات ناگویی خلقی و نشخوار فکری شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده شد. نتیجه گیری: بنابراین با به کارگیری گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شاهد کاهش ناگویی خلقی و نشخوار فکری در آنها خواهیم بود.

واژگان کلیدی: گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید، ناگویی خلقی، نشخوار فکری، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

مقدمه

اضطراب به منزله ی بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد به حد اعتدال آمیز وجود دارد و این حد، به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می شود اما تا جایی که به اضطراب مرضی تبدیل نشود. عقیده بر این است که اضطراب کم برای حیات و زندگی روزمره لازم است، اما اضطراب زیاد زیان های جدی بر جسم، روان، روابط اجتماعی و تحصیلات وارد می آورد و فرد را از دارا بودن سلامت کیفی قابل قبولی در زندگی محروم می نماید (لگرسٹی^۲ و

همکاران، ۲۰۱۱) در این میان اختلال اضطراب فراگیر یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی است که با نگرانی افراطی و غیر قابل کنترل مشخص می شود و همبودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی دارد کلی^۱ و مزوک^۲، ۲۰۱۷). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اختلال اضطراب فراگیر را اضطراب و نگرانی شدید در مورد چندید رویداد یا فعالیت تعریف می کند که در اکثر روزها در طول حداقل ۶ ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک پذیری، اشکال در خواب و بی قراری همراه است. بدون در نظر گرفتن سن در این اختلال، در کل علائم اختلال اضطراب فراگیر ماهیت مزمن و مداومی دارد. گرچه بیشتر اوقات نوسان هایی در شدت اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد می تواند در پاسخ به استرس های زندگی روزمره باشد؛ به طور معمول دوره های این اختلال بیش از ۱۰ سال طول می کشد. اختلال اضطراب فراگیر باعث اختلال عملکردی شدیدی می شود و بدون درمان احتمال بهبودی ضعیفی دارد (وسترا^۳، کانستانتینو^۴ و آنتونی^۵، ۲۰۱۶).

بنظر می رسد یکی از مولفه های مهم در اختلالات اضطرابی، ناگویی خلقی^۶ بیماران است. آگاهی اشخاص از احساس هایشان و توانایی بیان این احساس ها برای اشخاص دیگر در تسهیل تبادلات اجتماعی بسیار تاثیر گذار است (پانیسیا^۷ و همکاران، ۲۰۱۷). آگاهی هیجانی ضعیف چندین دهه مورد مطالعه قرار گرفته است و به عنوان ناگویی خلقی شناخته شده است. اولین بار سیفنئوس^۸ در سال ۱۹۳۷ اصطلاح ناگویی خلقی را مطرح ساخت (نیکولو^۹ و همکاران، ۲۰۱۱). دشواری هایی در شناسایی احساس ها، در توصیف احساس ها، سبک تفکر برون مدار، ظرفیت تخیلی محدود، توانایی ضعیف در همدلی، تمایل شدید برای رفتار تکانشی و گرایش زیاد به توصیفات نامتمایز از تجربه های هیجانی از جمله ویژگی های ناگویی خلقی هستند. از دیدگاه علوم شناختی، هیجان ها به عنوان دسته ای از طرحواره های مبتنی بر پذیرش اطلاعات شناخته می شوند که شامل فرایندها و تجسم های نمادین و غیر نمادین هستند (ذاکری، حسنی و اسماعیلی، ۱۳۹۶). بر حسب مدل آسیب پذیری-استرس، عوامل محیطی در تعامل با عوامل آسیب زایی که از قبل وجود دارند (مانند آسیب های زیستی و روانشناختی) باعث ایجاد اختلال های هیجانی می شوند. این نقص هیجانی یکی از عوامل خطر برای انواع اختلال های پزشکی و روان پزشکی است (آرلا^{۱۰}، ۲۰۰۶) و در تعدادی از اختلال های بالینی مانند اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وحشتزدگی، افسردگی اساسی، نشانه ای بدنی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال های خوردن نقش بسزایی دارد (دمرس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵؛ پیکاردی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۱ و ریف^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). تعدادی از مطالعات پیشین به بررسی رابطه ی مستقیم

^۱ Kelly

^۲ Mezuk

^۳ Westra

^۴ Constantino

^۵ Antony

^۶ alexithymia

^۷ Paniccia

^۸ Sifenos

^۹ Nicolò

^{۱۰} Äarelä

^{۱۱} Demers

^{۱۲} Picardi

ناگویی خلقی با اضطراب پرداخته اند (براردیس^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). گائو^۳ و همکاران (۲۰۱۷) بیان داشتند افرادی که احساس اضطراب می کنند، می توانند هیجان هایشان را سرکوب نمایند تا از تجارب ناخوشایند اضطراب که با احساس های بدنی همراه است، اجتناب کنند. عده ای از پژوهشگران معتقدند افراد مبتلا به ناگویی خلقی از ظرفیت های کمتری جهت سازگاری مناسب با موقعیت های استرس آور برخوردارند (کروکیوی^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). در همین راستا زک گلب^۵ و همکاران (۲۰۱۴) بیان داشتند افراد دارای اختلال های اضطرابی در مقایسه با افراد عادی، هیجان های خودشان را کمتر می پذیرند.

عود افکار منفی یکی دیگر از ویژگی های عمده اختلال های اضطرابی است. لذا نشخوار فکری^۶ نقش بسزایی در ابتلا و تداوم اختلال های اضطرابی بازی می کند (ورکولینا^۷، براسکوتا^۸ و تایر^۹، ۲۰۰۷). نشخوار فکری به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن شناخته می شود و طبقه ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص می گردد و بدون وابستگی به تقاضاهای محیطی تکرار می شوند. نشخوار فکری می تواند موجب افزایش اثرات خلق منفی روی حل مساله و انگیزش شود. همچنین، این امر، تفکر افراد را به طور منفی جهت دار می کند و توان حل مسئله آنها را ضعیف می کند (حیدریان، زهراکار و محسن زاده، ۱۳۹۵). در این مرحله، فرد به برآوردهای افراطی از احتمال حوادث منفی و مسئولیت خودش در قبال ایجاد یا پیشگیری از پیامدهای فجایع مرتبط با افکار دست می زند و سعی در کنترل این افکار دارد (موبرلی و دیکسون^{۱۰}، ۲۰۱۶). بررسی مک کی^{۱۱} (۲۰۰۸) نشان می دهد افرادی که نمی توانند پاسخ های هیجانی خود نسبت به رویدادهای روزمره را به طور موثری مدیریت کنند، دوره های شدیدتر و طولانی تری از ناراحتی های روانی را تجربه می کنند.

از طرفی در طول دهه ی گذشته، در میان درمان های روان شناختی برای ترس ها و اختلالات اضطرابی، گام های جدیدی برداشته شده است (بختیاری، غمخوار فرد و طهماسبیان، ۱۳۹۲) که درمان مبتنی بر رویکرد امید نیز یکی از این درمان های جدید است. امید^{۱۲} یک ویژگی روان شناختی است که برای داشتن رضایت از زندگی ضروری است. اریکسون^{۱۳} (۱۹۶۴) معتقد است "امید ابتدایی ترین و ضروری ترین ویژگی مخلوق زنده است" و از نوع رابطه ای که انسان با مراقبان اولیه خود دارد بوجود می آید. امید منجر به این باور می شود که اساسا دنیا مکان قابل اعتمادی است (به نقل از آلارکون^{۱۴}، بولینگ^{۱۵} و خازون^{۱۶}، ۲۰۱۳). روان شناسان دیگر مفهوم امید را گسترش داده و آن را به

^۱ Rieffe
^۲ Berardis
^۳ Gao
^۴ Zak-Golab
^۵ Karukivi
^۶ Rumination
^۷ Verkuila
^۸ Brosschota
^۹ Thayer
^{۱۰} Moberly & Dickson
^{۱۱} McKay
^{۱۲} hope
^{۱۳} Erikson
^{۱۴} Alarcon
^{۱۵} Bowling
^{۱۶} Khazon

صورت دقیق تری تعریف کردند. هدف امید درمانی این است که به افراد کمک کند تا هدف های روشنی تعیین کنند و مسیرهای متنوع تری را برای رسیدن به آن ها ایجاد کنند. آنان را برانگیزانند تا هدف هایشان را دنبال نمایند و موانع را به عنوان چالش هایی برای غلبه بر آنها از نوچارچوب بندی کنند (کار^۱، ۲۰۰۴، ترجمه شریفی، نجفی زند و ثنایی، ۱۳۹۱). امید به زندگی به عنوان یک نیروی درونی تعریف شده است که می تواند باعث غنای زندگی شود و بیماران را قادر سازد که چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند. فقدان امید به زندگی و هدف دار نبودن زندگی منجر به کاهش کیفیت آن و ایجاد باورهای یاس آور می شود (پریچت^۲، ۲۰۰۴؛ ترجمه عنقای، ۱۳۹۴). جهت یابی آینده، انتظارات مثبت، هدفمندی، واقع گرایی، تنظیم اهداف و ارتباطات درونی از ویژگی های مهم امید به زندگی هستند. امید به زندگی در بردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل گردد، باعث تلاش فرد می شود (فولکمن^۳، ۲۰۱۰). از سویی می توان گفت امید درمانی اسنایدر تنها درمانی است که امید را به عنوان هدف اصلی درمان مدنظر قرار داده است. اسنایدر، بنیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه ای شامل دو مفهوم توانایی طراحی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و عامل یا انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه ها تعریف کرده است (اسنایدر، ۱۹۹۴). اسنایدر (۲۰۰۲) امید را به صورت سازه ای در نظر گرفته است که به مراجعان کمک می کند تا مشکلات را به اهداف عملی مشخصی تبدیل نمایند؛ بنابراین، هدف درمان کمک به مراجعان است تا راه های موثرتر برای تعقیب اهداف خویش را پرورش دهند.

لوپز^۴ و همکاران (۲۰۱۰)، فرایند امید درمانی را متشکل از دو مرحله و هر مرحله را شامل دو استراتژی مطرح می کنند. مرحله اول، القای امید می باشد که شامل استراتژی های امید یابی و پیوند امید است و مرحله دوم، ارتقای امید است که استراتژی های امید افزایی و یادآوری امید را در بر می گیرد. نتایج مطالعه اسنایدر و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که مداخلات امید درمانی می تواند سلامت عمومی را افزایش داده و علائم آسیب شناسی روانی را کاهش دهد. مونا^۵ و همکاران (۲۰۱۷) نیز موثر بودن افکار امیدوارانه و باورهای مثبت بر سلامت عمومی را مورد تایید قرار دادند. از آن جا که موضوع شناسایی و مدیریت اضطراب و مولفه های شناختی، رفتاری و هیجانی آن بخش عمده ای از ظرفیت های حوزه ی سلامت را به خود اختصاص داده است؛ تعداد زیادی از پژوهش های روان شناختی در طی سال ها به بررسی اضطراب پرداخته اند و در نتیجه الگویی برای شناسایی، تبیین و مدیریت اضطراب پیشنهاد شده است که هر کدام از جنبه های شناختی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیکی این پدیده بیشتر پرداخته اند. اضطراب همواره هم به عنوان یک پدیده ی غیر بالینی و هم به عنوان یک پدیده ی بالینی مورد توجه متخصصان بوده است. این پدیده در حالت بالینی خود ویژگی اصلی گروهی از اختلال ها تحت عنوان اختلال های اضطرابی^۶ می باشد (طاهریان، ۱۳۸۹). با توجه به مطالب گفته شده و با در نظر گرفتن پیشینه پژوهش، در ایران تا کنون پژوهشی در

^۱ Carr

^۲ Pricht

^۳ Folkman

^۴ Lopez

^۵ Munoz

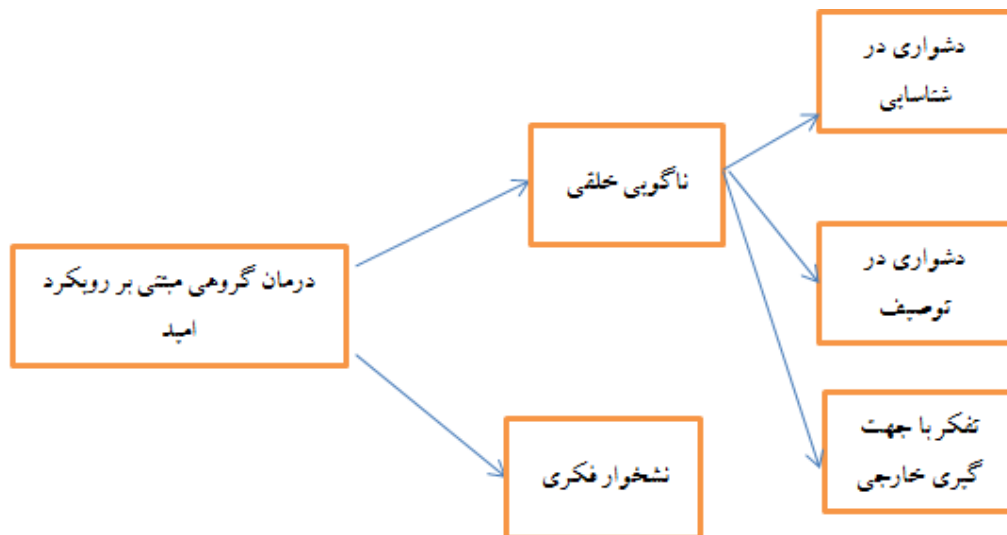
^۶ anxiety disorder

زمینه تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد امید روی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر صورت نگرفته و پژوهش حاضر این مساله را برای اولین بار مورد بررسی قرار می دهد. از این رو پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال است که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کاهش ناگویی خلقی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثر دارد؟

روش

روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده ها نیمه تجربی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش آزمون- پس آزمون دو گروهی می باشد. طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل از گروه آزمایش و گروه کنترل معادل تشکیل شده است. با توجه به متغیرهای پژوهش که پیشتر در قسمت ادبیات این فصل به آن اشاره شد، مدل مفهومی به شکل ۱ ترسیم می شود. در تحلیل های آمار استنباطی همواره نظر بر این است که نتایج حاصل از مطالعه گروه کوچکی به نام نمونه به گروه بزرگتری به نام جامعه تعمیم داده می شود. در این پژوهش در جهت آزمون فرضیه ها و تأیید یا رد آن ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. لازم به ذکر است، برای انجام تجزیه و تحلیل داده های تحقیق از نرم افزار کامپیوتری SPSS۲۱ استفاده شد. به منظور توصیف متغیرهای پژوهش از شاخص های انحراف معیار و میانگین استفاده شد و این شاخص ها به تفکیک گروه آزمایش و کنترل توصیف شد. همچنین شاخص های فراوانی و درصد برای ویژگی های جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل گزارش شد.

شکل (۱). مدل مفهومی پژوهش



جامعه آماری

جامعه آماری در این پژوهش شامل همه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به کلینیک آتیه در شهر تهران می باشد. گروه نمونه مشتمل بر ۳۰ بیمار است که به تصادف در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. برای پژوهش های آزمایشی و نیمه آزمایشی حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر در هر گروه نیاز است (دلاور، ۱۳۸۴). بر همین اساس مبنای انتخاب حجم نمونه در پژوهش حاضر براساس روش پژوهش و هر گروه ۱۵ نفر بود. انتخاب گروه نمونه

به صورت هدفمند و جایگذاری آن‌ها در دو گروه به صورت تصادفی بود. جهت انجام پژوهش، هماهنگی های لازم با کلینیک آتیه انجام شد. شیوه‌ی اجرا بدین صورت بود که پس از هماهنگی با مسئولان کلینیک و ارایه اطلاعاتی راجع به نمونه مورد نظر (از جمله سن و تحصیلات)، ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در اختیار محقق قرار گرفته و مداخله براساس طرح پژوهش عمل شد به این صورت که این ۳۰ بیمار به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. ۸ جلسه امید درمانی براساس پروتکل (جدول ۲) بر شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا شد.

شکل (۲). برنامه جلسات درمانی

جلسه اول	هدف: طرح اولیه مشکل توسط بیماران و اجرای پیش آزمون روش: ساختارسازی به جلسات درمان شامل بیان قواعد جلسه نظیر طول هر جلسه، عمر جلسات، قواعد حضور در جلسه، همکاری بیماران در طول تمامی جلسات و ... ۳. دعوت بیماران به طرح مشکلات خود از طرق فنون تسکینی و نفوذی (گوش دادن توجه آمیز، درک همدلانه و طرح سوالات)
جلسه دوم	هدف: حفظ اتحاد درمانی امیدبخش روش: ۱. اتخاذ موضع مداخلاتی نزدیک، حیاتی و گاه دور، شامل تایید جنبه های مثبت، ردگیری، درک پاسخ های همدلانه و درک همدلانه ۲. ارایه تکلیف به بیماران بین جلسات هر روز
جلسه سوم	هدف: یافتن امید در بیماران (تعیین قدرت اراده، قدرت برنامه ریزی، موانع و اهداف در هر یک از بیماران) روش: ۱. انجام مصاحبه امیدمحور، ۲. استفاده از فنون مداخلاتی دیدگاه راه حل محور نظیر: سوالات مقیاسی، سوالات معجزه ای، سوالات استثناء یاب، ۴. معرفی مفهوم، اصول و مبانی امید درمانی و مولفه های امید، تمایز بین امید واقعی و امید واهی به بیماران، ۵. استفاده از فنون روایتی شامل: الف) حفظ آرامش و راحتی، ب) تمرکز بر حیطه مشکل یا حیطه های امید، ج) تفسیر وقایع از منظری امیدبخش از سوی بیماران، د) استنتاج از روایت های بیماران درباره مشکلات، ه) جهت دادن دوباره بیماران به زمان حال و آینده و تشویق بیماران به نوشتن مطالب امیدبخش.
جلسه چهارم	هدف: تعیین اهداف درمانی امیدبخش روش: ۱. آشناسازی بیماران با مراحل شش گانه هدف گزینی با استفاده از فن: تهیه چارچوب برای تعیین اهداف با استفاده از کشف حیطه های زندگی (کاربرگه اهداف)، فن: خلق اهداف روشن و عملی (با توجه به اصول تعیین اهداف در دیدگاه درمان مختصر راه حل مدار)، ۲. رفع موانع ذهنی امید با استفاده از مدل ABCDE الیس و مدل ABCDE سلیگمن
	<ul style="list-style-type: none"> • رشد حس پابوری یا عاملیتی: یادآوری اتفاقات یا تجسم موارد استثناء در زندگی • تقویت و تحکیم تفکر رهیاب^۱: با استفاده از فن تجسم ذهنی، تنظیم برگه اهداف، فهرست واری <p>راهها (بایدها و نبایدها)</p>

جلسه	هدف: افزایش امید در بیماران ^۱
پنجم	روش: برنامه ریزی برای حل مشکلات از طریق ۱. توضیح سبک های حل مساله (اجتناب، ترغیب، بلا تکلیفی، مصالحه، همکاری) ۲. آموزش طراحی مراحل حل مساله (گام های هشتگانه: شناسایی و تعریف مساله، تعهد، تعریف تعاملی از مشکل، تعیین خواسته ها یا اهداف، خلق راه حل های احتمالی (بارش فکری)، انتخاب یک یا دو راه حل جهت اجرا (اقدام عملی) و ارزیابی راه حل ها.
جلسه	هدف: حفظ و ابقای امید در بیماران ^۲
ششم	روش: ۱. شناسایی موانع برنامه ریزی حل مشکل: موانع محیطی رسیدن به هدف، ضعف در قدرت اراده، ضعف در قدرت برنامه ریزی و موانع در یک یا چند تا از نواحی چرخه آگاهی، ۲. تاکید بر نقاط قوت ناشی از توانایی اجرای اهداف، ۳. شکستن عادت های قدیمی بیماران که مانع بهبود سلامت آنها می شود (باورها و رفتارها) با استفاده از استعاره ها.
جلسه	هدف: تعیین میزان تاثیر مداخلات امید محور در بیماران
هفتم	روش: ۱. مروری بر مداخلات انجام شده طی جلسات قبل، ۲. بررسی اظهار نظر بیماران درباره میزان دستیابی به اهداف تعیین شده، ۳. بررسی نقاط قوت و ضعف مداخلات از دید بیماران.
جلسه	جمع بندی و اجرای پس آزمون
هشتم	

ابزار پژوهش

مقیاس ناگویی خلقی: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط بگبی، پارکر و تایلر (۱۹۹۴) ساخته شده و یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را شامل می شود. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده و بررسی می شود. مولفه ها و سوالات مربوط به هر مولفه عبارتند از: مقیاس دشواری در تشخیص احساسات: این خرده مقیاس توانایی آزمودنی در شناسایی احساساتش و تمایز میان احساسات با حسهای بدنی را ارزیابی می کند که شامل سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴ میباشد. مقیاس دشواری در توصیف احساسات: این خرده مقیاس توانایی شخص در بیان احساسات و اینکه آیا قادر است احساسات خودش را در قالب لغات بیان کند یا خیر، می سنجد که شامل سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷ میباشد. مقیاس تفکر با جهت گیری خارجی: این خرده مقیاس میزان درون نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خودش و دیگران را بررسی می کند که شامل سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ میباشد. روش نمره گذاری پرسشنامه به شیوه لیکرت است. به پاسخ «کاملاً مخالف» نمره ۱ و به پاسخ «کاملاً موافق» نمره ۵ تعلق می گیرد. گویه های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ نمره گذاری معکوس دارند: پاسخ «کاملاً مخالف» نمره ۵ و به پاسخ «کاملاً موافق» نمره ۱ تعلق می گیرد. هر چه افراد نمراتشان در این خرده مقیاس ها بیشتر باشد نشان دهنده مشکل بیشتر در زمینه بیان و تشخیص احساسات می باشد. ویژگی های

^۱ Hope Enhancing

^۲ Hope Reminding

روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش های متعدد بررسی و تایید شده است. در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی هم برحسب همبستگی بین زیرمقیاس های این آزمون و مقیاس های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت.

مقیاس نشخوار فکری: نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پرسشنامه ای خود آزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می داد. پرسشنامه سبک های پاسخ از دو مقیاس پاسخ های نشخواری و مقیاس پاسخ های منحرف کننده حواس تشکیل شده است. مقیاس پاسخ های نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه بندی کنند (ترینر گنزالز و نولن هوکسما، ۲۰۰۳). بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش های مختلف نشان می دهند همبستگی بازآزمایی برای مقیاس پاسخ های نشخواری ۰/۶۷ است (لامینت، ۲۰۰۴). این مقیاس برای اولین بار از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد (باقری نژاد، صالحی فدوی و طباطبایی، ۱۳۸۹). اعتبار پیش بین مقیاس پاسخ های نشخواری، در تعداد زیادی از مطالعات مورد آزمایش قرار گرفته است. چنان که قبلا توضیح داده شد نتایج پژوهش های زیادی نشان می دهند که مقیاس پاسخ های نشخواری می تواند شدت افسردگی را در دوره های پیگیری در نمونه های بالینی و غیربالینی با کنترل متغیرهایی مانند، سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس زا، پیش بینی کند. هم چنین، بر پایه یافته های پژوهشی، این مقیاس می تواند آسیب پذیری افراد را نسبت به افسردگی تعیین کند. به علاوه نشان داده شده است که این مقیاس می تواند پیش بینی کننده یک دوره بالینی افسردگی باشد. همچنین در پژوهشی توسط بهرامی و محمودی (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بدست آمده است.

یافته ها و نتایج

آزمون فرضیه ی اصلی: گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کاهش ناگویی خلقی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است. در جدول ۳ آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای آزمون فرضیه ی اصلی پژوهش آمده است.

جدول ۳ آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ناگویی خلقی و نشخوار فکری در دو گروه

شاخص آماری	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	sig	ضریب	اثر
تفاوت دو گروه	اثریلای	۰/۴۶	۱۰/۴۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶	
با کنترل اثر	لامبدای ویلکس	۰/۵۴	۱۰/۴۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶	
پیش آزمون	اثرهتلینگ	۰/۸۴	۱۰/۴۶	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶	

۰/۴۶	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۱۰/۴۶	۰/۸۴	بزرگترین ریشه روی
------	-------	----	---	-------	------	----------------------

نتایج جدول ۳ نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل آموزش گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید «متغیرمستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهد که حداقل بین یکی از مولفه های ناگویی خلقی یا نشخوارفکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیری که با گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمان شده اند با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۵۴، $p < ۰.۰۵$).

جدول ۴ آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	df	F	سطح معناداری	ضریب ایستا
ناگویی خلقی	گروه	۱۰۱۱/۰۵	۱	۱۸/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	خطا	۱۴۰۵/۷۵	۲۶			
نشخوارفکری	گروه	۱۸۹/۸۶	۱	۵/۳۴	۰/۰۰۹	۰/۱۹
	خطا	۹۲۳/۹۶	۲۶			

نتایج جدول ۴ نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه اصلی مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای ناگویی خلقی و نشخوارفکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۴-۶ ملاحظه می گردد سطح معناداری حاصل شده برای ناگویی خلقی و نشخوارفکری در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۲۵ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۲ متغیر وابسته) کوچکتر می باشد. در نتیجه با توجه به میانگین های حاصل شده می توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان ناگویی خلقی و نشخوارفکری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

آزمون فرضیه فرعی اول: گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کاهش دشواری در شناسایی احساسات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. در جدول زیر آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه فرعی اول پژوهش آمده است.

جدول ۵ آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه فرعی اول

شاخص آماری متغیرها	SS	df	MS	F	sig	ضریب ایستا
-----------------------	----	----	----	---	-----	------------

پیش آزمون	۲۴/۰۳	۱	۲۴/۰۳	۴/۹۷	۰/۰۳	۰/۱۵
گروه	۵۴/۸۵	۱	۵۴/۸۵	۱۱/۳۴	۰/۰۰۲	۰/۲۹
خطا	۱۳۰/۴۹	۲۷	۴/۸۳			
کل	۱۹۵/۳۶	۲۹				

نتایج جدول ۵ نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات دشواری در شناسایی احساسات شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می شود ($P < 0.05$)؛ بنابراین نتیجه گرفته می شود که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید در شرکت کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تاثیر بیشتری بر دشواری در شناسایی احساسات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر داشته است.

آزمون فرضیه فرعی دوم: گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کاهش دشواری در توصیف احساسات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. در جدول زیر آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه فرعی دوم پژوهش آمده است.

جدول ۶ آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه فرعی دوم

شاخص آماری	SS	df	MS	F	sig	ضریب ایبتا
پیش آزمون	۲۴۰/۵۵	۱	۲۴۰/۵۵	۳۶/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷
گروه	۱۳۶/۱۳	۱	۱۳۶/۱۳	۲۰/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳
خطا	۱۷۶/۷۷	۲۷	۶/۵۴			
کل	۵۰۷/۴۶	۲۹				

نتایج جدول ۶ نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات دشواری در توصیف احساسات شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می شود ($P < 0.05$)؛ بنابراین نتیجه گرفته می شود که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید در شرکت کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تاثیر بیشتری بر دشواری در توصیف احساسات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر داشته است. میزان این تاثیر «معنادار بودن

عملی» ۰/۴۳ بوده است یعنی ۴۳ درصد کل واریانس یا تفاوت های فردی در دشواری در توصیف احساسات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مربوط به گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بوده است.

آزمون فرضیه فرعی سوم: گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کاهش تفکر عینی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. در جدول زیر آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه فرعی سوم پژوهش آمده است.

جدول ۷ آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه فرعی سوم

شاخص آماری	SS	df	MS	F	sig	ضریب ای‌تا
پیش آزمون	۴۱/۴۱	۱	۴۱/۴۱	۲/۲۶	۰/۱۴	۰/۰۷
گروه	۱۳۸/۳۳	۱	۱۳۸/۳۳	۷/۵۵	۰/۰۱	۰/۲۲
خطا	۴۹۴/۳۲	۲۷	۱۸/۳۰			
کل	۶۶۳/۸۷	۲۹				

نتایج جدول ۷ نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات تفکر عینی شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می شود ($P < 0.05$)؛ بنابراین نتیجه گرفته می شود که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید در شرکت کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تاثیر بیشتری بر تفکر عینی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر داشته است. میزان این تاثیر «معنادار بودن عملی» ۰/۲۲ بوده است یعنی ۲۲ درصد کل واریانس یا تفاوت های فردی در تفکر عینی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مربوط به گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بوده است.

آزمون فرضیه فرعی چهارم: گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید موجب تغییر نشخوارفکری می شود. در جدول زیر آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه فرعی چهارم پژوهش آمده است.

جدول ۸ آزمون تحلیل کوواریانس برای فرضیه فرعی چهارم

شاخص آماری	SS	df	MS	F	sig	ضریب ای‌تا
پیش آزمون	۱۸۱۸/۷۲	۱	۱۸۱۸/۷۲	۵۳/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶

گروه	۲۱۲/۱۴	۱	۲۱۲/۱۴	۶/۱۸	۰/۰۲	۰/۱۹
خطا	۹۲۶/۴۷	۲۷	۳۴/۳۱			
کل	۲۹۳۲/۷۰	۲۹				

نتایج جدول ۸ نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات نشخوارفکری شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می شود ($P < 0.05$)؛ بنابراین نتیجه گرفته می شود که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید در شرکت کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تاثیر بیشتری بر نشخوارفکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر داشته است. میزان این تاثیر «معنادار بودن عملی» ۰/۱۹ بوده است یعنی ۱۹ درصد کل واریانس یا تفاوت های فردی در نشخوارفکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مربوط به گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بوده است.

بحث و نتیجه گیری

یافته های بدست آمده در فصل قبل تاثیر گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کاهش ناگویی خلقی و مؤلفه های آن را مورد تائید قرار داد. بعبارت دیگر با ترویج گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شاهد کاهش ناگویی خلقی و مؤلفه های آن در آنها خواهیم بود. در تبیین این یافته باید گفت که آنچه دریافت، ادراک و تفسیر را از واقعیت خارجی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تحت تاثیر قرار می دهد، تحریفات شناختی است. این تحریفات نه تنها در افکار بلکه در تصورات نیز مداخله می کنند، به گونه ای که تا حدی فرد را از واقعیت دور می سازند. برخی این تحریفات عبارتند از تفکر دو قطبی، تعمیم بیش از اندازه، پرسش به نتیجه گیری و غیره. یکی از نتایج این تحریفات، ناامیدی است و یکی از دلالت های شکستن این تحریفات در ذهن ایجاد روزه های امید است که از طریق یافتن تبصره ها، شرط ها و استثنائات مهیا می شود. از این جهت در جلسات امید درمانی یکی از راه های امید افزایی کار بر روی استثنائات بود.

در طی جلسات تلاش شد افراد از طریق رنج کشیدن، ناراحتی و بینش و بصیرت درباره اینکه «اوضاع درست و روبه راه نیست» به سمت مثبت تری حرکت کنند. در واقع، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وقتی پا به جلسات درمانگر می گذارند با خود مقداری امید به همراه می آورند. آنها راه هایی را برای کمک شناسایی می کنند و برای رسیدن به اهداف تجدید قوا می کنند. درمانگران می توانند با کمک به بیماران، امید آنها را برای تغییر و بهبودی افزایش دهند تا امید را که از قبل داشته اند و قبلا در زندگی شان، نشان داده اند، پیدا کنند. درمانگر به بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کمک کرد که دیدگاه های مثبت تری را درباره سلامت آتی گسترش درمانی قوی و روابط بین فردی امیدوارانه افراد را در بافت درمانی امید بخشی قرار دهد و به پی ریزی و تحکیم خانه امید در این بیماران در جهت بهبود ناگویی خلقی کمک کند.

یافته های بدست آمده در فصل قبل تاثیر گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کاهش نشخوار فکری را مورد

تائید قرار داد؛ به عبارت دیگر با ترویج گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شاهد کاهش نشخوار فکری آن در آنها خواهیم بود. در تبیین این یافته ی پژوهش باید گفت که اصل بنیادین گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید آن است که اختلال روان شناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه، موسوم به سندرم شناختی - توجهی، مرتبط است. در بسیاری از افراد، دوره های هیجانی و ارزیابی منفی (مانند غمگینی، اضطراب، خشم، احساس بی ارزشی) منفرد و گذرا هستند. با این وجود، سندرم توجهی - شناختی اثراتی دارد که افراد را در اختلال های بلند مدت و مکرر گرفتار می سازد. در نهایت نتایج تحقیقات محققانی همچون عابدینی، قنبری هاشم آبادی و طالبیان شریف (۱۳۹۵)، موید قاعدی و قربان شیروودی (۱۳۹۵)، ابتهاج فرد (۱۳۹۰) و مارکز، همکاران (۲۰۱۱) و ولز (۲۰۰۵) که بر تاثیر گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کاهش اختلالات روانشناختی تاکید داشته اند، در تائید یافته های فرضیه حاضر می باشد.

محدودیت های پژوهش

- با توجه به جامعه آماری که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند بعضی مشکلات و ملاحظات اخلاقی در پاسخگویی و جمع آوری اطلاعات قابل ملاحظه می باشد.
- ناقص بودن بعضی از پاسخنامه ها بدلیل عدم پاسخدهی بعضی از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به سؤال های آزمون و عدم برداشت یکسان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از سوالات پرسشنامه (محدودیت مربوط به اندازه گیری).
- پژوهش حاضر از نظر مکانی محدود به بررسی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کلینیک آتیه شهر تهران می باشد و با توجه به اینکه خواهیم نتایج را تعمیم دهیم، باید جانب احتیاط را در نظر داشت. لذا می طلبد تا تحقیق در گستره وسیع تری صورت گیرد تا این محدودیت مکانی از بین برود.
- محدودیت ابزار اندازه گیری متغیرها که فقط از پرسشنامه استفاده گردیده است و از مصاحبه، مشاهده و سایر روش های اندازه گیری استفاده نشده است.

پیشنهاد های برگرفته از یافته های پژوهش

- هدف بهداشت روانی پیشگیری از وقوع ناراحتی و حفظ سلامت روانی به منظور ایجاد یک محیط فردی و اجتماعی مناسب و همچنین درمان اختلالات رفتار است. توجه به یافته های پژوهش و بر اساس نتایج تحلیل آماری و نیز میزان تاثیر پذیری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید، پیشنهاد می شود روان شناسان و مشاوران حیطة ی اختلال های اضطرابی با تاکید بر گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید به کاهش نشخوار فکری و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر کمک کنند.
- پیشنهاد می شود علاوه بر حمایت های اجتماعی که از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر صورت می گیرد، آموزش های لازم برای اصلاح نشخوار فکری و ناگویی خلقی با استفاده از تکنیک های امید درمانی ارائه شده در این پژوهش در اختیار مسئولان مراکز بهداشتی درمانی نیز قرار گیرد.
- در پژوهش حاضر میزان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کاهش نشخوار فکری و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بررسی شد. برای مطالعات آتی می توان متغیرهایی دیگری را

- به عنوان متغیر میانجی وارد ساخت و روابط بین سازه‌ها را در یک مدل کلی بررسی نمود. به طور نمونه سطح تحصیلات، یا سطح طبقه اجتماعی می‌تواند به عنوان سازه‌ای باشد که نقش میانجی را ایفا می‌کند.
- میزان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر کاهش نشخوار فکری و ناگویی خلقی را می‌توان با وارد نمودن متغیرهای تعدیل‌گر بررسی نمود. سازه‌هایی که توان تعدیل رابطه‌ی میان این دو متغیر را داشته باشند، در تحقق یافته‌های بیشتر و حصول نتایج دقیق‌تر مفید می‌باشد. شدت اضطراب، سبک مقابله با استرس از جمله عواملی هستند که می‌توانند نقش تعدیل‌کننده‌ای داشته باشند.
 - در پژوهش حاضر به مطالعه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته شد. در تحقیقات آتی نیز می‌توان به بررسی همین موضوع در سایر شهرهای کشور پرداخت و مقایسه تطبیقی انجام داد.

منابع

- ابتهاج فرد، مهین (۱۳۹۰). *اثربخشی امیددرمانی گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانی خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن بستری در بیمارستان‌های اعصاب و روان سنندج*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور.
- احمدی بجق، سودابه؛ بخشی پور، باب اله؛ و فرامرزی، محبوبه. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر وسواس فکری عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۲۰ (۹)، ۷۹-۱۰۹.
- باقری نژاد، مینا؛ صالحی فدری، جواد و طباطبایی، محمود. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه ای از دانشجویان ایرانی. *مطالعات تربیتی*، ۱۱ (۱)، ۲۱-۳۸.
- بختیاری، مریم؛ غمخوار فرد، زهرا و طهماسبیان، کارینه. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در درمان کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *اندیشه و رفتار*، ۷ (۲۷)، ۶۷-۷۶.
- حمیدپور، حسن. (۱۳۸۵). اندیشناکی: مفهومی جدید در شناخت درمانی افسردگی. *بازتاب دانش*، ۲ (۴)، ۸۴-۷۰.
- حیدریان، آرزو؛ زهراکار، کیانوش؛ و محسن زاده، فرشاد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان: کارآزمایی تصادفی شده. *فصلنامه بیماری های پستان ایران*، ۹ (۲)، ۴۵-۵۲. ۱-۱۰.
- ذاکری، محمد مهدی؛ حسنی، جعفر و اسماعیلی، نفیسه. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان در ناگویی هیجانی افراد مبتلا به پسوریازیس. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۳۴، ۹۷-۱۱۱.
- رضایی، فاطمه؛ سپهوندی، محمد علی و میرزایی هابیلی، خدیجه. (۱۳۹۶). اثربخشی طرح واره درمانی هیجانی بر اجتناب شناختی- رفتاری و شدت نشانه های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان دختر مبتلا به اضطراب فراگیر. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۱۳ (۱)، ۴۳-۶۲.
- رئیسیان، اکرم، گلزاری، محمود، برجعلی، احمد، (۱۳۸۹). اثر بخشی امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمانجوی وابسته به مواد مخدر. *فصل نامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۵ (۱۷)، بهار ۱۳۹۰.

شرافتی، حسین؛ طاهری، الهام؛ اسماعیلی مجد، سیروان و امیری، مهدی. (۱۳۹۶). اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۹(۲)، ۱۵-۲۸.

شیخان، ریحانه؛ حسن آبادی، حمیدرضا؛ میردریکوند، فضل اله. و سپهوندی، محمد علی (۱۳۹۵). اثر آموزش مهارت های زندگی بر فراوانی نشخوارهای فکری افسرده ساز در همسران جانبازان. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۱۰۴ (۱۲)، ۶۳-۸۷.

عابدینی، الهه؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی و طالبیان شریف، سید جعفر. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید بر امید و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام. اس. *روان شناسی بالینی*، ۸(۲)، ۱-۱۱.

کار، آلان (۱۳۹۱). *روانشناسی مثبت: علم شادمانی و نیرومندی های انسان*. ترجمه حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی زند. تهران: سخن.

مجتبایی، مینا و علوی زاده، محمدرضا. (۱۳۹۶). مقایسه تاثیر دو درمان فراشناختی و شناختی رفتاری بر کاهش علائم اضطراب و نگرانی افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر. *دوفصلنامه پژوهش های روانشناختی*، ۲۰(۱)، ۲۶-۳۶.

مگیار-مو، جی. ال. (۱۳۹۱). *فنون روانشناسی مثبت گرا*. ترجمه فرید براتی سده. تهران: انتشارات رشد.

مظاهری، مینا. افشار، حمید. محمدی، نرگس. دقاق زاده، حامد. باقریان، رضا؛ و ادیبی، پیمان. (۱۳۸۹). ارتباط ابعاد الکسی تایمیا با افسردگی و اضطراب در مبتلایان به اختلالات گوارشی عملکردی. *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۸، شماره ۲، ۹-۱۰۲.

موحدی، یزدان؛ باباپورخیرالدین، جلیل؛ موحدی، معصومه. (۱۳۹۲). اثر بخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید و بهزیستی روانشناختی دانش آموزان. *روانشناسی مدرسه*. دوره ۳، شماره ۱، بهار ۱۳۹۳، ۱۱۶-۱۳۰.

Alarcon, G. M., Bowling, N. A., & Khazon, S. (۲۰۱۳). Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and Individual Differences*, ۵۴(۷), ۸۲۱-۸۲۷.

Arnau, R. C., Rosen, D. H., Finch, J. F., Rhudy, J. L., & Fortunato, V. J. (۲۰۰۷). Longitudinal effects of hope on depression and anxiety: A latent variable analysis. *Journal of Personality*, ۷۵(۱), ۴۳-۶۴.

Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (۱۹۹۴). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, ۳۸, ۳۳-۴۴.

Berardis, D., Serroni, N., Campanella, D., Marini, S., Rapini, G., Valchera, A. (۲۰۱۷). Alexithymia, Suicide Ideation, C-Reactive Protein, and Serum Lipid Levels Among Outpatients with Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Suicide Research*, ۲۱(۱), ۱۰۰-۱۱۲.

- Berge, A. (۲۰۱۴). On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behaviour Research and Therapy*, ۴۵(۶), ۱۲۹۵-۱۳۰۵.
- Berthoz, S., Consoli, S., Perez-Diaz, F., & Jouvent, R. (۱۹۹۹). Alexithymia and anxiety: Compounded relationships? A psychometric study. *Eur Psychiatry*, ۱۴(۷), ۳۷۲-۳۷۸.
- Cardos, R. A., David, O. A., & David, D. O. (۲۰۱۷). Virtual reality exposure therapy in flight anxiety: A quantitative meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, ۷۲, ۳۷۱-۳۸۰. P ۶۵
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (۱۹۸۹). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, ۵۶(۲), ۲۶۷-۲۸۳.
- Carver, C.S., & Miller, C.J. (۲۰۰۶). Relations of serotonin function to personality: Current views and a key methodological issue. *Psychiatry Res*, ۱۴۴(۱), ۱-۱۵.
- Haviland, MG; Shaw, DG; Cummings, MA & MacMurray, JP. (۱۹۸۸). Validation of Toronto alexithymia scale in substance abusers, *Psychother Psychosom*, ۵۰(۳): ۸۱-۷.
- Henry, J. D., Phillips, L. H., Maylor, E. A., Hosie, J., Milne, A. B., & Meyer, C. (۲۰۰۶). A new conceptualization of alexithymia in the general adult population: implications for research involving older adults, *Journal of Psychosomatic Research*, ۶۰, ۵۳۵-۵۴۳.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Taskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (۲۰۰۰). Depression is strongly associated with alexithymia in general population. *Journal of Psychosomatic Research*, ۴۸, ۹۹-۱۰۴.
- Johnson, S.U., Hoffart, A., Nordahl, H.M., & Wampold, B.E. (۲۰۱۷). Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, ۵۰, ۱۰۳-۱۱۲.
- Jones, C. N., You, S., & Furlong, M. J. (۲۰۱۳). A preliminary examination of covitality as integrated well-being in college students. *Social Indicators Research*, ۱۱۱(۲), ۵۱۱-۵۲۶.
- Jones, M.P., Schettler, A. Olden, K., & Crowell, M.D. (۲۰۰۴). Alexithymia and somatosensory amplification in functional dyspepsia. *Psychosomatics*, ۴۵(۶), ۵۰۸-۵۱۶.
- Joormann, J. (۲۰۰۶). Differential effect of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cognitive and Research Therapy*, ۳۰, ۱۴۹-۱۶۰. P ۲۲
- Karukivi, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo, K., Liuksila, P., & Saarija. (۲۰۱۰). Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *J Affect Disorder*, ۱۲۵ (۳), ۳۸۳-۳۸۷.
- Kelly, K.M., & Mezuk, B. (۲۰۱۷). Predictors of remission from generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, ۲۰۸, ۴۶۷-۴۷۴.

- Kobak, K.A., Wolitzky, K., Craske, M.G., & Rose, R.D. (۲۰۱۷). Therapist Training on Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders Using Internet-Based Technologies. *Cognitive therapy and research*, ۴۱(۲), ۲۵۲-۲۶۵.
- Motan I., & Gencoz, T. (۲۰۰۷). The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turk Psikiyatri Dery*; ۱۸(۴), ۳۳۳-۳۴۳.
- Luminet, O. (۲۰۰۶). Alexithymia and level of processing: Evidence for an overall deficit in remembering emotional word. *Res Personal*, ۴۰, ۷۱۳-۷۳۳.
- Lumley, M., Asselin, L. A., & Norman, S. (۱۹۹۷). Alexithymia in chronic pain patients, *Comprehensive Psychiatry*, ۳۸ (۳), ۱۶۰-۱۶۵.
- Macaulay, C.H., Angus, L., Khattra, J., & Westra (۲۰۱۷). H Client Retrospective Accounts of Corrective Experiences in Motivational Interviewing Integrated With Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology*, ۷۳(۲), ۱۶۸-۱۸۱.
- Marques, S. C., Lopez, S. J., & Pais-Ribeiro, J. (۲۰۱۱). "Building Hope for the Future": A program to foster strengths in middle-school students. *Journal of Happiness Studies*, ۱۲(۱), ۱۳۹-۱۵۲.
- Moulds, M.c., Kandris, E., Starr, S., & Wong, A. C. M. (۲۰۰۷). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behaviour research and therapy*, ۴۵, ۲۵۱- ۲۶۱. P ۲۳
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (Eds.). (۲۰۰۴). *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*. New York: Wiley. P ۲۲
- Parker, D.A., Taylor, G., & Bagby, R.M. (۲۰۰۱). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, ۳۰, ۱۰۷-۱۱۵.
- Pinard, L., Negrete, J. C., Annable, L., & Audet, N. (۱۹۹۶). Alexithymia in substance abusers. *The American Journal on Addictions*, ۵(۱), ۳۲-۳۹.
- Rand, K. L., & Cheavens, S. (۲۰۰۹). *Hope Theory*. The Oxford Handbook of Positive Psychology, ۳۲۳.
- Rick, A.D., & Vanheule, S. (۲۰۰۷). Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. *Personality and Individual Differences*, ۴۳(۱), ۱۱۹-۱۲۹.
- Rustoen, T., Cooper, B., & Miaskowski, C. (۲۰۱۰). The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. *Cancer Nursing*, ۳۳(۴), ۲۵۸-۲۶۷.
- Salminen, J.K., Saarijarvi, S., Aarela, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (۱۹۹۹). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general of finland. *Psychosom Research*, ۴۶, ۷۵-۸۲.

- Sharma, S.C. (۲۰۰۳). Generalized anxiety disorder and personality traits. *Kathmandu University Medical Journal*, ۴, ۲۴۸-۲۵۰.
- Sifneos, P. E. (۲۰۰۰). Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*, ۶۹(۳): ۱۱۳-۱۱۶.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (۲۰۰۰). *An overview of the alexithymia construct*. In: Bar-On, Parker, J.D. (editors). *The handbook of emotional intelligence*, ۱st ed. San Francisco: Jossey-Bass; ۲۰۰۰: ۲۶۳-۷۶.
- Taylor, G.J. & Bagby, M. (۲۰۰۰). *An Overview of The Alexithymia Construct*. In: Bar-On R, Parker JD. (editors). *The Handbook of Emotional Intelligence*. ۱st ed. San Francisco: Jossey-Bass; ۲۶۳-۷۶.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. Parker, J.D., & Grotsein, J. (۱۹۹۹). *Disorders of affect regulation; alexithymia in medical and psychiatric illness*. ۱ed. Combridge: Cambridge University Press.
- Tull, MT., Medaglia, E. & Roemer, L. (۲۰۰۵). An Investigation of The Construct Validity of the ۲۰-item Toronto Alexithymia Scale Through The use of a Verbalization Task. *Journal of Psychosomatic Research*, ۵۹(۲), ۷۷-۸۴.
- Vorst, H.C.M., & Bermond, B. (۲۰۰۱). Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia questionnaire. *Pers Individual Differences*, ۳۰, ۴۱۳-۴۳۴.
- Watkins, Ed., & Baracaia, S. (۲۰۰۱). Why do people ruminate in dysphoric moods? *Personality and Individual Difference*, ۳۰, ۷۲۳-۷۳۴. P ۲۲
- Weis, R., Speridakos, E. (۲۰۱۵). A Meta-Analysis of hope enhancement strategies in clinical and community settings. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, ۱-۵.
- Wells, M. (۲۰۰۵). *The effects of gender, age, and anxiety on hope differences in the expression of pathway and agency thought*. Texas A&B University-Commerce.
- Wise, T.N, Mann, L. S., & Hill, B. (۱۹۹۵). Alexithymia and depressed mood in the psychiatric patient. *Psychother Psychosom*, ۵۴(۱), ۲۶-۳۱.
- Worthen, V., & Isakson, R. (۲۰۱۱). Hope—the anchor of the soul: Cultivating hope and positive expectancy. *Issues in Religion and Psychotherapy*, ۳۳(۱), ۴۷-۶۲.